



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de enero de 2023.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre propio y en representación de su pareja, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 241/2021 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). La solicitud de dictamen, de 16 de abril de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo en la misma fecha.

2. Ha de advertirse que el expediente objeto del presente dictamen trae causa del que dio lugar al Dictamen 134/2020, de 21 de mayo, que concluía que la Propuesta de Resolución no se ajustaba a Derecho procediendo la retroacción del procedimiento, conforme a su Fundamento V, donde señalábamos:

*«3. Pues bien, consta, y así se reconoce expresamente en el informe del SIP, la preocupación de la reclamante durante el embarazo por la disparidad de criterios entre los centros asistenciales en los que fue atendida durante su embarazo [«Paciente nos refiere estar muy angustiada y preocupada por la disparidad de opiniones y seguimiento entre lo que le han dicho en unidad de cérvix del HMI y Tenerife (Unidad de reproducción) sobre la frecuencia de seguimiento y necesidad de cerclaje o no y las opiniones y seguimiento que se le está haciendo en este hospital de Lanzarote (pág. 163 EA)]: el Hospital Universitario de*

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

Canarias (HUC), el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) y el Área de Salud de Lanzarote, tanto en relación con la instauración de cerclaje desde el principio del embarazo, como en la necesidad de remitirla al CHUIMI ante la presentación de parto prematuro, dados los medios de los que se disponía en Las Palmas, que no en Lanzarote, para atender esta situación.

Y la reclamación se fundamenta, justamente, en que no se le instauró cerclaje desde un inicio, que no se efectuó un seguimiento adecuado en su embarazo, y que no fue remitida al CHUIMI ante la presentación de parto prematuro.

Consta en el informe del SIP que el cerclaje no está indicado si no ha habido tres abortos previos, así como el riesgo de presentación de parto prematuro. Y, asimismo, consta que, en la segunda opinión médica recibida en el CHUIMI en la semana 21+4, se informa de que en el momento actual no se considera ya cerclaje.

Sin embargo, lo cierto es que también consta en la historia clínica de la reclamante que, en el HUC, donde se le realizó el tratamiento de fecundación in vitro, se recomendó cerclaje, así como seguimiento continuo y cesárea programada, a pesar de lo cual, finalmente, en lugar de esto último, se intentó el parto vaginal y sólo se dispuso la práctica de la cesárea cuando ya resultó urgente «por sumación de factores (RCTG no tranquilizador, corioamnionitis)».

Cumple concluir, así pues, que no se ha dado respuesta a todas las cuestiones planteadas por la interesada en el curso del procedimiento, pues sólo son examinadas tales cuestiones con base en el criterio de uno de los Servicios implicados, el de Lanzarote, sin que se haya recabado informe a los demás Servicios implicados en el caso, los del HUC y CHUIMI.

4. Debe, consiguientemente, requerirse ahora informe a tales Servicios (tanto del HUC como del CHUIMI: habida cuenta, no obstante, de la singularidad del caso, al haber sido intervenida la reclamante por VPH tiene cuello de útero corto, por lo que se trataba de un embarazo de alto riesgo, aparte del informe del Servicio de obstetricia y ginecología correspondiente del CHUIMI, procede adjuntar igualmente el informe de la Unidad de Cérnix perteneciente a dicho Servicio), acerca de los aspectos antes referidos. Esto es:

1.º Sobre la indicación de cerclaje desde el principio (y es que en la segunda opinión recabada en el CHUIMI se dice que en ese momento de gestación ya no está indicado, pero no se pronuncia sobre la indicación desde el momento inicial, sus ventajas y por qué lo propuso el HUC, así como la repercusión de ello en el curso del embarazo y del parto en el caso concreto).

2.º Sobre las razones por las que se realizó cesárea desde el principio y por las que no fue remitida la paciente al CHUIMI, como se le había aconsejado ante presentación de parto prematuro, asumiendo que la recién nacida fue remitida varias horas tras su nacimiento, a cuya llegada nada se pudo hacer por su vida.

*3.º Y, en fin, toda vez que consta también que se produjo una extubación accidental de la menor durante su traslado a Las Palmas, si bien fue intubada de nuevo, asimismo, sobre la eventual repercusión de tal extubación en el resultado final, dado que, precisamente, la menor padecía un problema pulmonar, entre otras patologías propias de la prematuridad y de la aspiración de meconio.*

*Recabados estos informes, procede que el SIP emita informe complementario y a continuación vuelva a practicar el trámite de audiencia a la interesada y a formular después una nueva Propuesta de Resolución, que habrá de ser remitida de nuevo a este Consejo Consultivo».*

3. El importe de la indemnización reclamada, 387.534,96 euros, determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

4. A la tramitación del procedimiento en que se aprobó el presente Dictamen le resultó de aplicación el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado Real Decreto se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la tramitación y aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del SCS, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de los procedimientos administrativos indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del SCS.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), así como de su pareja, (...), en cuya representación, si bien no acreditada, actúa, al solicitar una indemnización para ambos, por haber sufrido en su esfera moral el daño por el que se reclama, derivado

del fallecimiento de su hija común, recién nacida, (...) [art. 4.1.a) LPACAP], todo lo que se acredita mediante la aportación del libro de familia.

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

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del SCS, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004 y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de la no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamante interpuso aquel escrito el 20 de noviembre de 2018, respecto de un daño producido el 16 de julio de 2018, fecha del fallecimiento de la recién nacida.

### III

Del escrito de reclamación de la interesada se detraen como hechos en los que se funda aquélla, los siguientes:

Que con 39 años de edad se queda embarazada tras fecundación in vitro en el Hospital Universitario de Canarias donde, tras darle el alta, le dan un informe que propone valorar cerclaje y cesárea programada, aconsejándosele, asimismo, ponerse progesterona por el cuello del útero.

Que el seguimiento de su embarazo se hizo en el Hospital Dr. José Molina Orosa donde, a pesar de que tenía un embarazo de alto riesgo por ser mediante fecundación in vitro y que tenía el cuello del útero muy corto, no le colocaron un cerclaje.

Que el 11 de julio, con 32 semanas más 4 días, acude a urgencias con contracciones, mojada y con dolores, quedando ingresada con un tratamiento para parar las contracciones y para madurar los pulmones del bebé.

Que los días 12, 13 y 14 de julio sigue expulsando líquido, pidiendo ver un ginecólogo pero que no le hacen caso.

Que se pone de parto el día 15 y, al no dilatar, teniendo fiebre, y estando el bebé con taquicardia le hacen una cesárea de urgencias, naciendo su hija llena de meconio, con 33 semanas y fallándole un pulmón.

Que la madrugada del 16 de julio avisan al padre de la niña que tienen que llevarla al Materno Infantil a Las Palmas, falleciendo el bebé, el mismo día 16, en el Hospital Materno Infantil, en Las Palmas debido, a juicio de la reclamante, a negligencia médica.

Se solicita indemnización que se cuantifica al final del procedimiento en 387.534,96 euros.

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obstan la emisión de un dictamen de fondo. No obstante, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan practicadas las siguientes actuaciones en el curso del procedimiento:

- El 28 de noviembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su reclamación, de lo que recibe notificación el 5 de diciembre de 2018. En fecha 11 de diciembre de 2018 procede conforme a lo requerido.

- Por Resolución de 22 de enero de 2019, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica a la interesada el 29 de enero de 2019.

- El 24 de enero de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna, lo emite el 12 de julio de 2019.

- El 7 de junio de 2019 la interesada solicita certificado de silencio desestimatorio, a lo que se le responde mediante escrito de 23 de agosto de 2019 que el mismo no se habría producido, al mediar suspensión de tres meses del procedimiento entre la solicitud y la recepción del informe del SIP, según la Resolución de admisión a trámite de 22 de enero de 2019. Ello se le notifica a la interesada el 5 de julio de 2019.

- El 27 de agosto de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas solicitadas por la interesada, y se incorporan las de la Administración. Siendo todas documentales y obrando incorporadas al expediente, se acuerda que se declare concluso este trámite pasando al siguiente. De ello es debidamente notificada la reclamante el 2 de septiembre de 2019.

- El 27 de agosto de 2019 se confiere a la interesada trámite de audiencia, de lo que recibe notificación el 2 de septiembre de 2019, constando diligencia de comparecencia de aquélla el 5 de septiembre de 2019 en la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote a fin de recabar copia de determinada documentación que se le entrega en el acto, si bien no se han presentado alegaciones.

- El 28 de octubre de 2019 se emite Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio, constando en igual sentido borrador de Resolución de la Directora del SCS, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 23 de diciembre de 2019.

- El 18 de febrero de 2019 se emite Propuesta de Resolución definitiva que se remite a este Consejo Consultivo, pues, tras haber instado a la interesada a cuantificar su reclamación el 28 de octubre de 2019, con fecha 15 de noviembre de 2019 aporta escrito cuantificando el daño en 387.534,96 €, resultando preceptivo del dictamen de este Consejo.

- Emitido Dictamen 134/2020, de 21 de mayo, se concluye la inadecuación a Derecho de dicha Propuesta de Resolución, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos del fundamento V del señalado dictamen.

- El 28 de mayo de 2020 se solicita al SIP informe complementario tras recabar los informes de los Servicios pertinentes en orden a responder a las cuestiones a las que hace referencia el citado dictamen de este Consejo, lo que se reitera el 25 de noviembre de 2020, viniendo a emitirse tal informe el 1 de febrero de 2021 y nuevamente el 8 de febrero de 2021.

- El 24 de septiembre de 2021 los reclamantes solicitan la emisión de certificado de silencio administrativo, emitiéndose Certificado n.º 8/2020, de 2 de octubre de 2021, de lo que reciben notificación los interesados el 23 de octubre de 2020.

- El 17 de febrero de 2021 se concede nuevamente trámite de audiencia a los reclamantes, de lo que reciben notificación el 25 de febrero de 2021, sin que conste la presentación de alegaciones.

- Mediante oficio de 6 de abril de 2021, del Juzgado de lo Contencioso-administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria, se requiere a la Administración la remisión del expediente que nos ocupa, tras haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, dando lugar al Procedimiento Ordinario n.º 129/2021.

- El 14 de abril de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación interpuesta, que es remitida nuevamente a este Consejo para la emisión del preceptivo dictamen.

- Mediante oficio remitido por este Consejo el día 24 de mayo de 2021, se comunica acuerdo adoptado por la Sección I, en sesión celebrada el mismo día, en aplicación de lo dispuesto en el art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio), por lo que se requiere a la Administración actuante, con suspensión del plazo de emisión del dictamen solicitado por 15 días, a los efectos de que se remitiera la información o documentación que a continuación se expresa:

*«•Informe por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, en consonancia con la Sección de Reproducción Humana de dicho Hospital, en el que se justifique por qué se recomendó la valoración de cerclaje y cesárea selectiva, ya que así consta indicado al considerar el embarazo de la paciente de alto riesgo por sus características, tal y como figura en el informe que porta la paciente en la interconsulta a la que es remitida por el HUC, según está documentado la propia historia clínica (pág. 111 EA).*

*Se solicita al SIP que proceda a la petición del expresado informe con fundamento en las razones que igualmente se dejan consignadas a continuación:*

*1º) Recaído en el curso de este procedimiento Dictamen 134/2020, de 21 de mayo, constan practicados los siguientes trámites a raíz de los requerimientos efectuados en el mismo:*

*-Informe de traslado del SUC, emitido el 16 de junio de 2020 por el Director Territorial del SUC de Las Palmas, que acompaña informe del Médico y DUE que asistieron el traslado.*

*-Informe de la Jefa de Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa, emitido el 17 de junio de 2020.*

*-Informe del Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Dr. José Molina Orosa, emitido el 25 de junio de 2020.*

*-Informe del Jefe de Servicio de Neonatología del CHUIMI, emitido el 17 de agosto de 2020.*

*-Informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, emitido el 6 de noviembre de 2020.*

*-Informe de la Jefa de Sección de la Unidad de Reproducción Humana del HUC, emitido el 9 de diciembre de 2020.*

*El SIP ha procedido así también a formular después su propio parecer (y a otorgar de nuevo trámite de audiencia a la reclamante y elaborar nueva propuesta de resolución, a fin de atender en todos estos casos a los requerimientos asimismo efectuados por este Consejo Consultivo).*

*2º) En sus Informes de 1 y 8 de febrero de 2021, el SIP señala: "La paciente comenta en su reclamación la posibilidad de realizar cerclaje. Los servicios médicos de Lanzarote refieren que la "paciente les comenta le habían dicho la posibilidad de realizar el mismo", pero no hay informe médico previo que lo refiera. Lo mismo ocurre en abril de 2018 en el CHUIMI, en historia clínica se informa que el tema del cerclaje, si o no, lo expone la demandante, porque, dice se lo habían referido en hospital de Tenerife, pero no observamos informe en historia clínica que lo refrende." Lo que, por su parte, podría fundamentarse en el Informe de la Unidad de Reproducción Humana antes mencionado: "Revisada la historia clínica en el sistema operativo del Hospital (SAP) y en el S.A.R.A. (sistema de ayuda a la reproducción asistida) no consta ningún comentario de indicación de cerclaje."*

*Lejos de lo que se consigna del modo expuesto, sin embargo, estas afirmaciones no parecen acompañarse a la realidad de los datos que se deducen del propio expediente, pues sí consta en la historia clínica de la paciente, pág. 111 EA, tal indicación de valoración, tanto de cerclaje como de cesárea selectiva, tal y como afirma la reclamante:*

*"OBSTETRICIA*

*-SOLICITUD: 25/01/2018 - (...) - HOSPITAL DE LANZAROTE - CITA PREFERENTE INFORME SOLICITUD:*

*MOTIVO DE INTERCONSULTA:*

*Mujer de 39 años, gestante de 7 sem+ 4, FtV con fecha de trasfer el 15/12/17, FPP 7/9/18, G3A2 (1º ivi) PO. Aporta Informe de Servicio de Reproducción Asistida de HUC, con AP de Conización por Ca escamoso con amputación de Cérvix, recomendando la valoración de*



*Cerclaje y cesárea selectiva dada las características de la paciente. Derivo para valoración por situación de Embarazo de Alto Riesgo. Gracias. Un cordial saludo."*

*3º) Así las cosas, se considera necesario completar la información recabada, toda vez que el escrito de la Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, de 1 de diciembre de 2020, igualmente incorporado ahora al expediente a raíz de nuestro Dictamen 134/2020, se contrae a señalar: "Una vez confirmada la gestación fue remitida desde esta unidad a su hospital de referencia para control de gestación. Por tanto, no podemos pronunciarnos sobre las circunstancias que siguieron durante el curso de la misma."*

*Sin embargo, lo que se interesó de dicho Servicio a la sazón no fue que se pronunciara sobre las circunstancias que siguieron durante el curso de la gestación una vez remitida la paciente a su centro de referencia, como es lógico, en tanto que fuera de su alcance, sino sobre las razones en las que asienta su propio parecer y por las que la paciente es remitida a dicho centro "recomendando la valoración de Cerclaje y cesárea selectiva dada las características de la paciente." Concretamente, con ocasión de nuestro Dictamen 134/2020, solicitamos aclaración sobre los siguientes extremos:*

*" (...) 4. Debe, consiguientemente, requerirse ahora informe a tales Servicios (tanto del HUC como del CHUIMI: habida cuenta, no obstante, de la singularidad del caso, al haber sido intervenida la reclamante por VPH tiene cuello de útero corto, por lo que se trataba de un embarazo de alto riesgo, aparte del informe del Servicio de obstetricia y ginecología correspondiente del CHUIMI, procede adjuntar igualmente el informe de la Unidad de Cérvix perteneciente a dicho Servicio), acerca de los aspectos antes referidos. Esto es:*

*1.º Sobre la indicación de cerclaje desde el principio (y es que en la segunda opinión recabada en el CHUIMI se dice que en ese momento de gestación ya no está indicado, pero no se pronuncia sobre la indicación desde el momento inicial, sus ventajas y por qué lo propuso el HUC, así como la repercusión de ello en el curso del embarazo y del parto en el caso concreto).*

*2.º Sobre las razones por las que se realizó cesárea desde el principio y por las que no fue remitida la paciente al CHUIMI, como se le había aconsejado ante presentación de parto prematuro, asumiendo que la recién nacida fue remitida varias horas tras su nacimiento, a cuya llegada nada se pudo hacer por su vida. (...) "*

*Al no haberse ofrecido respuesta a los términos en que en rigor se efectuó el requerimiento cursado por este Organismo, no han podido aclararse los extremos interesados; así que se hace preciso ahora que por parte del SIP se solicite al Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC que justifique, por medio de la emisión de su correspondiente informe, por qué razones se recomendó la valoración de cerclaje y de cesárea selectiva en este caso; y que, una vez recabada y evacuada dicha información, la*

remita a este Organismo para que éste pueda finalmente emitir su pronunciamiento que en Derecho corresponde sobre el fondo de este asunto».

- Tal documentación es remitida a este Consejo el 19 de diciembre de 2022 (RE de 4 de enero de 2023).

## V

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento y, en especial, los del SIP.

2. Es preciso dejar consignados, ante todo, los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que resultan de la historia clínica de la reclamante, tal y como se recogen en el informe del SIP.

*«1.- El 4 de agosto de 2011 tras citología vaginal y resultado de displasia cervical moderada en frotis la señora (...) es valorada por Ginecóloga.*

*Tiene seguimiento del proceso. Nueva citología cérvico-vaginal, en octubre de 2011, el resultado es displasia severa. Tras ello el Servicio de Ginecología del Hospital de Lanzarote Dr. José Molina Orosa realiza biopsia de cérvix con resultado anatomopatológico de carcinoma escamoso in situ, sin poder descartar proceso invasivo. Se indica la realización de conización. (...)*

*El 9 de febrero de 2012, se realiza conización, en el Hospital de Lanzarote, tras ingreso postoperatorio cursa con normalidad alta el día 10 de febrero.*

*El resultado anatomopatológico se refleja en historial clínico el 14 de marzo, es de carcinoma escamoso mayoritariamente intraepitelial (in situ con áreas de invasión, bordes libres, pt1b1). TAC abdómino-pélvico en marzo de 2012 normal.*

*Se remite a consulta de Ginecología en el CHUIMI el 19 de marzo de 2013.*

*En el CHUIMI es estudiada a fondo, y sucesivamente en el tiempo, citologías, biopsias, histeroscopia, valorado por el Servicio de Oncología. Tratado caso Comité.*

*La biopsia confirma positivo para HPV y positivo para otros virus de alto riesgo, positivo para VPH 16, diagnóstico de displasia moderada (CIN II, LIP de alto grado). (...)*

*Se comenta lo que padece a la señora y se plantea histerectomía.*

*Pero, la señora desea quedarse embarazada, deseo genésico.*

*Dado caso, se deriva a URH de Tenerife, para intentar técnica de reproducción, se explica verbalmente a la pareja el riesgo de conservar el útero, y lo entienden.*

*Manejo conservador hasta que quede gestante. Prosiguen citologías trimestrales en las palmas.*

*La paciente es colocada en lista de espera para el tratamiento de reproducción asistida en el HUC.*

*2.- Le realizan varias transferencias embrionarias. En 2016 sufre un aborto diferido, y en 2018 queda de nuevo embarazada tras transferencia embrionaria realizada en diciembre de 2017.*

*La fecha probable de parto es para el 07/09/2018. Se valora el cerclaje y la cesárea selectiva dado características de la paciente, Ginecología de reproducción deriva al Servicio de Ginecología para valoración por situación de embarazo de alto riesgo, por la posibilidad de parto prematuro.*

*El 19 de febrero de 2018 acude a consulta de Tocología en Lanzarote, presenta 12 + 2 semanas de gestación, se realiza exploración ecográfica, cribado de cromosopatías, ECOS sucesivas, sobrecarga oral de glucosa y se cita para revalorizar perfil fetal y columna, todas estas pruebas resultaron dentro de la normalidad. Nueva ECO el 7 de marzo de 2018 con 14 +4 semanas.*

*El 17 de abril de 2018 con 20+3 semanas de gestación se realiza Ecografía morfológica que es normal. Placenta de inserción anterior, previa marginal.*

*En esta fecha la paciente refiere informe del Ginecólogo la paciente muestra dudas con respecto al seguimiento de su embarazo y disparidad de opiniones según ella refiere entre lo que le han dicho en Hospital de Tenerife y en Las Palmas por los distintos Servicios de Ginecología y lo que observa le hacen en Lanzarote, con respecto al seguimiento y la necesidad de cerclaje o no.*

*(...)*

*En base a todo ello el 20 de abril de 2018 el Servicio de Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa realiza una petición al Hospital Materno Infantil en la que expone lo siguiente: "paciente con 21 semanas que solicita una segunda opinión sobre la necesidad de cerclaje en esta gestación, ya que según refiere en CHUIMI, en Unidad de Cérnix y en Hospital Universitario de Tenerife en esterilidad le han dicho que necesita ese tratamiento. En este Hospital Dr. José Molina Orosa, revisadas guías y protocolos no encontramos indicación del mismo".*

*El 25 de abril de 2018 nueva Ecografía en Lanzarote con 21+4 semanas, normal, diagnóstico de placenta anterior, en sesión clínica se comenta el caso y se decide que por el momento no hay indicación de cerclaje.*

Asimismo, el 30 de abril de 2018 es valorada en Servicio de Ginecología del CHUIMI en Las Palmas, y anotan en historial clínico: "paciente con 22+2 semanas, tras Ecografía se visualiza cérvix corto y placenta previa, dada edad gestacional, la inserción placentaria y el tratamiento adecuado indicado (Progesterona vaginal) no se considera el cerclaje como opción actualmente. En mayo nuevo control ecográfico.

En junio el día 7 y día 10 Ecografías y registros Cardiotocográficos normales, no dinámica uterina, se realizan debido a que la paciente presenta dolor en ambas fosas ilíacas el día 2 de junio, el día 10 restos hemáticos marronáceos y dolor en hipogastrio. Desde el 21 de mayo la placenta se encuentra normoinserta, feto en podálica, de nuevo controles el 18 de junio, el 3 de julio en la ECO del 3 de julio la presentación del feto es en cefálica, el registro Cardiotocográfico es reactivo y no hay dinámica uterina, resto normal.

3.- El 11 de julio de 2018 la paciente acude a urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote a refiriendo contracciones no dolorosas y sensación de pérdida de líquido amniótico desde el día anterior, está en la semana 32+4. Niega metrorragia u otro signos-síntomas de alarma, movimientos fetales presentes y normales.

Exploración: buen estado general, ctes normales, afebril. No dinámica uterina, no se observa salida de líquido. No pérdidas hemáticas.

La ECO abdominal presenta gestación activa, presentación cefálica, placenta normal, líquido amniótico normal. También ECO transvaginal normal.

En el registro Cardiotocográfico se observa feto reactivo, no desacelerativo, dinámica uterina irregular. Se realizan distintos análisis y cultivos. La paciente queda ingresada en planta de Obstetricia, por amenaza de parto prematuro, 32+4 semanas.

Resultado analítico no leucocitosis.

Se realiza tratamiento con Tocólisis con Atosiban y tratamiento para maduración pulmonar fetal.

El 12 de julio sigue con Tocólisis, feto reactivo, no dinámica uterina.

El 13 de julio de 2018 nuevo registro Cardiotocográfico, feto reactivo, no dinámica.

El 14 de julio tras fin de Tocólisis se realiza registro Cardiotocográfico que resulta feto reactivo, dinámica uterina aislada, no percibida (3 contracciones por minuto). La paciente no presenta fiebre.

El 15 de julio paciente tranquila sin dinámica, a las 12:55 horas, refiere tener pérdida de líquido amniótico, se comenta a matrona. El ginecólogo de guardia a las 14:00 valora RCTG realizado e indica repetirlo por la tarde. A las 15:55 horas la matrona advierte registro poco tranquilizador y se lo enseña al Ginecólogo de guardia, el cual confirma RPM (rotura prematura de bolsa) hoy a las 16:00 horas el Ginecólogo valora RCTG, este no es

tranquilizador, no presenta dinámica uterina, líquido amniótico claro. La paciente pasa de planta a sala de observación.

El Ginecólogo observa a la paciente. En la exploración física a la especuloscopia fluye líquido amniótico claro.

A las 16:15 horas se administra antibiótico prescrito por Ginecólogo de guardia.

El Ginecólogo realiza Ecografía abdominal: "presenta feto único en presentación cefálica, placenta anterior normoinserta, Anhidramnios (sin líquido amniótico)".

Juicio diagnóstico: rotura prematura de bolsa (RPM) a las 33+1 semana, anhidramnios, plan es pasar a la paciente a la sala de monitorización materno-fetal, control de signos vitales y realizar los RCTG, analíticas preoperatorias.

El Ginecólogo inicia protocolo de RPM, e informa a la paciente y pareja. A las 16:25 la enfermera de paritorio extrae preoperatorio y lo cursa.

Se inicia protocolo de RPM, se informa a la paciente y pareja.

Se evalúa urocultivo positivo a *Streptococos sp.* el exudado vaginal positivo a *S. Agalactiae*, maduración fetal completa el 12 de julio, tocólisis finalizada el 13 de julio. A las 17:15 horas se valora analítica preoperatoria, leucocitosis. dinámica uterina irregular, el nuevo RCTG no es tranquilizador.

Dada la sumatoria de factores: taquicardia fetal, taquicardia materna y leucocitosis se establece diagnóstico de Corioamnionitis subclínica+RPM CON 33+1 semana.

Se instauro protocolo de antibioterapia por Corioamnionitis. 17: 30. inyectan dichos antibióticos.

Plan: se informa a la paciente y pareja, consentimiento verbal, inducción directa. Pasa a paritorio, monitorización materno-fetal continua.

"A las 19:25 tras reevaluar RCTG, a la paciente y exploración, líquido amniótico se indica cesárea urgente por RCTG no tranquilizador, corioamnionitis subclínica y no espera de pronta recuperación".

La recién nacida nace a las 19:45, necesidad de oxígeno y aspiración, intubado por pediatra. Se traslada a Neonatología.

El RN se traslada al CHUIMI, donde fallece a las pocas horas de su llegada, el día 16 de julio de 2018».

3. La nueva Propuesta de Resolución, como ya adelantamos, vuelve a desestimar la reclamación de los interesados, esta vez, añadiendo las conclusiones de los nuevos informes del SIP tras los informes recabados a instancias de este Consejo.

Consta que fueron emitidos los siguientes informes tras nuestro Dictamen 134/2020:

- Informe de traslado del SUC, emitido el 16 de junio de 2020 por el Director Territorial del SUC de Las Palmas, que acompaña informe del Médico y DUE que asistieron el traslado.

- Informe de la Jefa de Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa, emitido el 17 de junio de 2020.

- Informe del Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Dr. José Molina Orosa, emitido el 25 de junio de 2020.

- Informe del Jefe de Servicio de Neonatología del CHUIMI, emitido el 17 de agosto de 2020.

- Informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, emitido el 6 de noviembre de 2020.

- Informe de la Jefa de Sección de la Unidad de Reproducción Humana del HUC, emitido el 9 de diciembre de 2020.

Asimismo, consta escrito de la Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUC, de 1 de diciembre de 2020, en el que señala:

«Una vez confirmada la gestación fue remitida desde esta unidad a su hospital de referencia para control de gestación. Por tanto, no podemos pronunciarnos sobre las circunstancias que siguieron durante el curso de la misma».

Tal y como se indicó en el Fundamento III.4 del presente Dictamen, la documentación remitida no dio cumplida respuesta a lo requerido por este Consejo, por lo que 24 de mayo de 2021, se comunica acuerdo adoptado por la Sección I, en sesión celebrada el mismo día, en aplicación de lo dispuesto en el art. 53 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias (Decreto 181/2005, de 26 de julio), por lo que se requiere a la Administración actuante, con suspensión del plazo de emisión del dictamen solicitado por 15 días, a los efectos de cumplimentar el este trámite, la información o documentación que se expresa en tal oficio.

Consta ahora, debido a ello, informe complementario del SIP, de 12 de diciembre de 2022, que da cumplida respuesta a las cuestiones planteadas por este Consejo.

4. Dados los términos de la reclamación presentada, han de abordarse por separado las dos causas en las que los interesados fundamentan sus pretensiones, cuales son, por un lado, la ausencia de cerclaje anudado a la falta de adecuado seguimiento del embarazo; y, por otro lado, la falta de adopción de la medida de cesárea de elección desde el principio anudado a la ausencia de traslado de la paciente al CHUIMI en el momento adecuado.

A) En cuanto al cerclaje y seguimiento del embarazo

Ante todo, hemos de recordar que estamos ante una paciente del Área de Salud de Lanzarote diagnosticada de carcinoma de cérvix escamoso in situ con tratamiento de conización; y aunque planteada histerectomía, en el contexto de deseo genésico, fue remitida a la Unidad de Reproducción Humana del Hospital Universitario de Canarias (HUC) para técnica de reproducción asistida (TRA-FIV-ovocitos propios).

En el curso de varios tratamientos de reproducción asistida se consiguieron dos gestaciones. La primera en noviembre de 2016 que terminó en aborto (4+3 semanas) y una segunda en noviembre de 2017 después de transferencia de fecha 15 de diciembre de 2017. Fue diagnosticada de embarazo en fecha 3 de enero de 2018 en el Servicio de Urgencia del HUC. Se indicó progesterona y cita el 8 de enero en la Unidad de Reproducción Humana.

Dadas sus circunstancias (gestación y antecedente de proceso en cérvix con conización), la paciente fue derivada por la Unidad de Reproducción del HUC, en fecha 23 de enero de 2018 a las 7+4 EG, al Servicio de Tocología de su Zona de referencia (Área de Salud de Lanzarote) *“para valoración de cerclaje y cesárea electiva dada las características del cérvix restante tras cirugía”*.

Efectivamente, tal y como informa la Dra. (...), FEA de la Unidad de Reproducción del HUC, en fecha 22 de septiembre de 2022, por el HUC no se indicó ni recomendó cerclaje ni cesárea, sino que se remitió a la paciente al Servicio de Tocología de la zona de referencia de la paciente, con informe en el que se indicaba que se valorara en su caso el cerclaje y la cesárea, sin que fuera competencia suya hacerlo, pues sólo podría valorarse en virtud de las circunstancias presentadas por la paciente en cada momento de la gestación, lo que es competencia del servicio que realizaría el seguimiento del embarazo, esto es, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Área de Salud de Lanzarote.

Debido a ello, se realizó por parte de este Servicio de Obstetricia y Ginecología de Lanzarote una primera exploración el 19 de febrero de 2018, a las 12+2 semanas de EG, entre otros, CRL:57.7 acorde a EG, no indicando cerclaje. Posteriormente, es valorada en la consulta de 17 de abril de 2018, a las 20+3 semanas, resultando cervicometría 12 mm, y el 25 de abril cervicometría de 25 mm. Comentado en sesión clínica se decide que en ese momento no existe indicación de cerclaje. Cervicometría en semanas 25+2 25 mm, a las 27 +5 semanas 32 mm, a las 29+2 sem, 29 mm.

Sin embargo, consta que, ante la insistencia de la reclamante, expresada en la consulta de 17 de abril de 2018, fue derivada a una segunda opinión al Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, para efectuar valoración, que se realizó a la EG de 22+2 (30 de abril de 2018). En ecografía se objetiva cérvix corto (21-23 mm) y placenta previa por el momento (normoinsera posteriormente en fecha 1 de mayo). En ese momento la gestante estaba en tratamiento con progesterona. Dada la EG, la inserción placentaria y el tratamiento adecuado que se había indicado, tampoco por este Servicio se consideró indicado el cerclaje en este momento.

Llegados a este punto, es preciso formular a este respecto dos consideraciones, en línea con lo informado por el SIP:

- En primer lugar, ha de tenerse presente que la finalidad del cerclaje cervical es reducir el orificio cervical uterino por riesgo de aborto/parto prematuro, si bien existen otras opciones terapéuticas conservadoras, como el reposo absoluto, la administración de fármacos útero-inhibidores.

A lo que ha de añadirse que la técnica del cerclaje no es una técnica inocua realizable sin ajuste a protocolo; y que, a pesar de una técnica correcta, puede presentar efectos indeseables del orden, entre otros, de rotura prematura de membranas, amnionitis, sangrado cervicales, desencadenamiento del parto/aborto, excepcionalmente un porcentaje mínimo de mortalidad.

- Y, en segundo lugar, ha de resaltarse también que existen tres tipos de cerclaje cervical, según las circunstancias y el momento de la gestación.

Pues bien, en el caso que nos ocupa, no estuvo indicado en el sentido expuesto ninguno de los tres tipos:

a) En cuanto al llamado cerclaje primario o profiláctico, según consta en la historia clínica de la reclamante, habiendo sido valorada la reclamante en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de Lanzarote a las 12+2 semanas, horquilla para la realización de este tipo de cerclaje, se concluyó que no estaba indicado.

Y es que, tal y como explica el SIP, *«Entre las indicaciones del cerclaje primario encontramos “gestantes con historia de dos o más pérdidas fetales en el segundo o inicio del tercer trimestre sugestivas de incompetencia cervical”. Observamos que no es el caso de la reclamante»*.

b) En cuanto al llamado cerclaje secundario o terapéutico, también fue valorado en la horquilla de su realización, en valoración del CHUIMI a las EG 22+2, pero tampoco en esta ocasión estaba indicado en el caso de la paciente, pues la paciente



no cumplía los criterios del protocolo del CHUIMI, que ha de seguirse estrictamente dado que el cerclaje, como se señaló, no es una técnica inocua y, por ende, de primera elección.

Así, señala el SIP, como falta de cumplimiento de la gestante de los criterios del protocolo del CHUIMI:

*«\*Como ha informado el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI:*

*1.- La paciente no tiene antecedentes ni historia clínica compatible con incompetencia cervical. No estaba indicada la realización de un cerclaje.*

*2.- Las mediciones cervicales que se realizaron a la paciente desde la 15 hasta la 29 semanas de gestación no indicaban la realización de cerclaje. La paciente estaba correctamente tratada con progesterona.*

*3.- No existe una edad gestacional tope establecida para la realización de un cerclaje. Si existe acortamiento cervical (< 10 mm) se desaconseja la realización de cerclaje una vez conseguida la viabilidad fetal. La realización de dicha técnica no está exenta de complicaciones».*

En cuanto al tratamiento de progesterona, explica el SIP que éste es el tratamiento de primera elección, dados los riesgos del cerclaje, por lo que, habiéndose objetivado un acortamiento cervical <25mm, estaba indicado el inicio de progesterona vaginal (primera elección) a dosis de 200mg/24 horas y control semanal posterior, manteniéndolo hasta semana 36-37, lo que aconteció en la paciente, por lo que tampoco hubo de recurrirse al tercer tipo de cerclaje: terciario o de emergencia.

Y es que como explica el SIP:

*«La suplementación con progesterona, colocación de pesario cervical o el cerclaje son intervenciones que pueden contribuir a prolongar el embarazo en estas mujeres.» En este caso, la paciente estaba tratada con suplementación de progesterona, tal y como se ha señalado, dado que es la técnica de primera elección y como menos riesgos.*

*A mayor abundamiento, también añade el SIP que, en todo caso “En pacientes con factores de riesgo, pero sin acortamiento cervical ni historia documentada de incompetencia cervical -como es el caso de la reclamante-, la realización de cerclaje profiláctico no ha demostrado mejorar los resultados perinatales».*

Y, sin embargo, *«Cuando se diagnostica un cérvix corto durante el segundo trimestre, el uso materno de progesterona vaginal reduce la tasa de parto prematuro en un 30-45%».* Tal y como se hizo en el presente caso.

Finalmente, añade el SIP, respecto del cerclaje, *«Además, sobre las causas de presentación del PP (parto prematuro), en este caso en ningún momento se ha relacionado con incompetencia cervical, que sería lo único en lo que podría influir la realización de un cerclaje preventivo.*

*Se añade que también es un riesgo de parto prematuro ser portadora de cerclaje cervical en la gestación».*

Por todo ello, respecto de la ausencia de aplicación de la técnica del cerclaje y del seguimiento del embarazo, ha de concluirse que se actuó adecuadamente en el caso que nos ocupa, siendo acorde el funcionamiento de los servicios asistenciales en este punto con la *lex artis ad hoc*.

B) En cuanto a la cesárea de ejecución y el traslado de la paciente al CHUIMI

Los reclamantes, además de lo ya expuesto, imputan el fatal desenlace a la ausencia de traslado inmediato a la gestante al CHUIMI, pues consideran que allí debió practicarse la cesárea electiva inmediatamente de presentarse el parto prematuro.

En este sentido, tal y como se ha señalado en el Fundamento V.2 del presente Dictamen, constan acreditados los siguientes hechos en la historia clínica de la reclamante:

*«3.- El 11 de julio de 2018 la paciente acude a urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote a refiriendo contracciones no dolorosas y sensación de pérdida de líquido amniótico desde el día anterior, está en la semana 32+4. Niega metrorragia u otro signos-síntomas de alarma, movimientos fetales presentes y normales.*

*Exploración: buen estado general, ctes normales, afebril. No dinámica uterina, no se observa salida de líquido. No pérdidas hemáticas.*

*La ECO abdominal presenta gestación activa, presentación cefálica, placenta normal, líquido amniótico normal. También ECO transvaginal normal.*

*En el registro Cardiotocográfico se observa feto reactivo, no desacelerativo, dinámica uterina irregular. Se realizan distintos análisis y cultivos. La paciente queda ingresada en planta de Obstetricia, por amenaza de parto prematuro, 32+4 semanas.*

*Resultado analítico no leucocitosis.*

*Se realiza tratamiento con Tocólisis con Atosiban y tratamiento para maduración pulmonar fetal.*

*El 12 de julio sigue con Tocólisis, feto reactivo, no dinámica uterina.*

*El 13 de julio de 2018 nuevo registro Cardiotocográfico, feto reactivo, no dinámica.*

*El 14 de julio tras fin de Tocólisis se realiza registro Cardiotocográfico que resulta feto reactivo, dinámica uterina aislada, no percibida (3 contracciones por minuto). La paciente no presenta fiebre.*

*El 15 de julio paciente tranquila sin dinámica, a las 12:55 horas, refiere tener pérdida de líquido amniótico, se comenta a matrona. El ginecólogo de guardia a las 14:00 valora RCTG realizado e indica repetirlo por la tarde. A las 15:55 horas la matrona advierte registro poco tranquilizador y se lo enseña al Ginecólogo de guardia, el cual confirma RPM (rotura prematura de bolsa) hoy a las 16:00 horas el Ginecólogo valora RCTG, este no es tranquilizador, no presenta dinámica uterina, líquido amniótico claro. La paciente pasa de planta a sala de observación.*

*El Ginecólogo observa a la paciente. En la exploración física a la especuloscopia fluye líquido amniótico claro.*

*A las 16:15 horas se administra antibiótico prescrito por Ginecólogo de guardia.*

*El Ginecólogo realiza Ecografía abdominal: "presenta feto único en presentación cefálica, placenta anterior normoinserta, Anhidramnios (sin líquido amniótico)".*

*Juicio diagnóstico: rotura prematura de bolsa (RPM) a las 33+1 semana, anhidramnios, plan es pasar a la paciente a la sala de monitorización materno-fetal, control de signos vitales y realizar los RCTG, analíticas preoperatorias.*

*El Ginecólogo inicia protocolo de RPM, e informa a la paciente y pareja. A las 16:25 la enfermera de paritorio extrae preoperatorio y lo cursa.*

*Se inicia protocolo de RPM, se informa a la paciente y pareja.*

*Se evalúa urocultivo positivo a *Streptococos sp.* el exudado vaginal positivo a *S. Agalactiae*, maduración fetal completa el 12 de julio, tocólisis finalizada el 13 de julio. A las 17:15 horas se valora analítica preoperatoria, leucocitosis. dinámica uterina irregular, el nuevo RCTG no es tranquilizador.*

*Dada la sumatoria de factores: taquicardia fetal, taquicardia materna y leucocitosis se establece diagnóstico de Corioamnionitis subclínica+RPM CON 33+1 semana.*

*Se instauro protocolo de antibioterapia por Corioamnionitis. 17: 30. inyectan dichos antibióticos.*

*Plan: se informa a la paciente y pareja, consentimiento verbal, inducción directa. Pasa a paritorio, monitorización materno-fetal continua.*

*"A las 19:25 tras reevaluar RCTG, a la paciente y exploración, líquido amniótico se indica cesárea urgente por RCTG no tranquilizador, corioamnionitis subclínica y no espera de pronta recuperación".*

*La recién nacida nace a las 19:45, necesidad de oxígeno y aspiración, intubado por pediatra. Se traslada a Neonatología.*

*El RN se traslada al CHUIMI, donde fallece a las pocas horas de su llegada, el día 16 de julio de 2018».*

Pues bien, explica el SIP en el informe complementario emitido a instancias de este Consejo Consultivo, el 12 de diciembre de 2022, que, efectivamente, *“En cuanto a la indicación de cesárea electiva por el CHUIMI fue intención de programarla después de la semana de gestación 34-35 semanas, y no en el momento gestacional cuando se presentó el parto prematuro, semana 33 teniendo en cuenta la maduración fetal».*

En torno a ello, se explica por el SIP, por un lado, que la rotura prematura de membrana (RPM), acontecida en la reclamante, per se, no es indicativa de cesárea, sino que se indicaría si concurren otras causas durante el proceso de dilatación. En este caso:

*«Si se presenta visualización de LA el diagnóstico clínico es fácil. En caso de duda, para la confirmación diagnóstica de Rpm se puede recurrir a pruebas entre las que se encuentra el test de nitrazina realizado en el presente caso el 15 de julio de 2018 y que resultó positivo, además fluía LA claro.*

*En ecografía se observó anhidramnios lo que reforzaba el diagnóstico.*

*De esta forma se estableció el JD: RPM 33+1 semana. Anhidramnios.*

*Se inició monitorización materno-fetal. RCTG, analítica preoperatoria, se inició el protocolo de RPM, se informó a la paciente y a su pareja.*

*Se describe maduración fetal completa el 12/7 y tocolisis finalizada 13/7.*

*A las 17:15 horas se describe RCTG no tranquilizador (FCF basal 165 lpm) variabilidad > 5 lpm, ascensos transitorios, alguna desaceleración leve aislada) en < 50% del trazado. Dinámica uterina irregular.*

*Dada la sumatoria de factores: Taquicardia fetal y leucocitosis, se establece el diagnóstico de corioamnionitis subclínica-RPM 33+1 semanas.*

*Se indica inducción del parto directa. Pasa a paritorio. Se instauro protocolo ATB corioamnionitis.*

*El uso de antibióticos profilácticos pretérmino se asocia a reducción de la morbilidad materna y neonatal con mayores beneficios en EG tempranas (<32 semanas).*

*En la exploración a las 19:25 horas cérvix cerrado, formado, fluye LA meconial (+).*

*Se reevalúa RCTG.*

*Se indica cesárea urgente por RCTG no tranquilizador, coriamnionitis subclínica, no espera de pronta evolución Se administra profilaxis ATB (cesárea)».*

Dado lo expuesto, en respuesta a la falta de traslado desde el principio de la paciente al CHUIMI para la práctica de cesárea de elección, ante la presentación de parto prematuro, se señala por el SIP:

1) En primer lugar, la previsión se había realizado para la semana 34-35, y no para el momento en el acaeció: semana 33, teniendo en cuenta la maduración fetal.

Y es que, explica el SIP, que «entre las semanas 24 a 34 el manejo busca prolongar y conservar la gestación el mayor tiempo posible, con el fin de disminuir la morbimortalidad neonatal a causa de la prematurez».

En el manejo después de la 34 semana de RPM teniendo en cuenta que ya hay madurez fetal y con diagnóstico confirmado de RPM debe siempre terminar el embarazo por la vía más adecuada.

2) En segundo lugar, añade el informe del SIP:

*«El Servicio de Obstetricia y Ginecología de Lanzarote ha aportado al expediente la guía de asistencia práctica de la Sociedad Canaria de Obstetricia Y Ginecología en relación a la "Amenaza de parto pretérmino, actualizada en junio de 2018.*

*\*En el anexo 3 de la mencionada Guía se incluye los protocolos de derivación interinsular. Cada centro hospitalario tiene establecido el límite de edad gestacional por debajo de la cual la gestante debe ser trasladada a otro centro asistencias, esta edad va en función de la capacidad asistencial. Para el caso del Hospital de Lanzarote el límite está en 32 semanas (en caso de APP y en casos en que se indique la finalización del embarazo por causa materna o fetal grave.)*

*En el presente caso, se presentó la APP (amenaza de parto pretérmino) a la semana 33 (32 semanas +4 días). Conforme al protocolo establecido no estaba indicado el traslado.*

*Ante el hecho de APP se inició tratamiento activo con tocolisis y maduración pulmonar fetal siguiendo el protocolo y obteniéndose buena respuesta».*

Es decir, según el protocolo del Centro, para el caso del Hospital de Lanzarote el límite del traslado está en 32 semanas (en caso de APP y en casos en que se indique la finalización del embarazo por causa materna o fetal grave.)

En el presente caso, se presentó la APP (amenaza de parto pretérmino) a la semana 33 (32 semanas + 4 días). Conforme al protocolo establecido, concluye el informe del SIP, no estaba indicado el traslado.

En consecuencia, se continuó en el Centro de referencia con el manejo adecuado del embarazo según la *lex artis*, como se ha explicado anteriormente, practicando la cesárea cuando estaba indicada por la sumatoria de factores, con el fatal desenlace que aconteció, no imputable a la asistencia sanitaria prestada a la paciente y a su hija.

4. En virtud de todo lo expuesto, procede concluir que se han justificado adecuadamente, tras la valoración de las circunstancias de la gestante a lo largo del embarazo, que el cerclaje no estaba indicado en su caso. Y, asimismo, en relación con la cesárea de elección y el traslado de la paciente al CHUIMI, que ha quedado adecuadamente justificada también la ausencia de traslado para práctica de cesárea en el CHUIMI debido al momento en el que se presentó el parto, habiéndose actuado en todo momento de conformidad con los protocolos de la *lex artis ad hoc* aplicables a las circunstancias de la gestante, por lo que debe desestimarse la pretensión resarcitoria de los interesados.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación de los interesados.