



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 155/2024

(Sección 2.^a)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de marzo de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 los presuntos daños ocasionados a su hijo menor (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 88/2024 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera 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 22 de marzo de 2022 por (...) y (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud a su hijo (...), durante el parto y la patología detectada con posterioridad a su nacimiento.

2. Se reclama una indemnización superior a los 6.000 euros (en este caso 626.257,63 euros), cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 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

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

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.

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

En lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes ostentan la condición de interesados en el procedimiento, al ser los representantes legales de su hijo (arts. 154 y 162 del Código Civil), quien sufrió en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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 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. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación de responsabilidad patrimonial (art 67.1 LPACAP), pues ésta se presentó el 22 de marzo de 2022, en relación con la atención sanitaria recibida durante el parto los días 5 y 6 de agosto de 2021, que según los reclamantes provocaron unas patologías al neonato, por las que ha sido intervenido en diversas ocasiones y ha sido diagnosticado de craneosinostosis múltiple, con valoración de discapacidad del 75 % a finales de 2022.

7. Consta en el expediente que se ha interpuesto y admitido, por Decreto de 18 de abril de 2023, del Juzgado de lo contencioso-administrativo n.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria, recurso contencioso-administrativo, que se sustancia como

procedimiento ordinario n.º 0000031/2023, contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...) y (...) No consta que se haya dictado resolución judicial del citado recurso, lo que no obsta para la emisión del presente dictamen.

8. No obstante lo anterior, no se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obstan la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. Los hechos por los que se reclama son, sucintamente, los que siguen:

Con ocasión de la asistencia sanitaria prestada en los días 5 y 6 de agosto de 2021 en el parto de la reclamante, en el que tras estar con la bolsa rota 48 h y 24 h en paritorio, se practicó una cesárea de urgencia con complicaciones posteriores para su hijo que presentó un test de Apgar muy bajas (entre 3 y 5), siendo ingresado en UCIN neonatal por Depresión neonatal, presentando convulsiones en la madrugada del 8 de agosto.

En los informes clínicos se ha diagnosticado Encefalopatía Hipoxico-Isquémica de Grado III y convulsiones neonatales.

De los hechos relatados considera los daños y secuelas que presenta su hijo son consecuencia de una mala praxis médica, debido a la pérdida de oportunidad generada como consecuencia de no practicar la cesárea antes, al haberse mantenido demasiado tiempo la monitorización, pudiendo concluir que la asistencia obstétrica fue incorrecta, no acorde con los protocolos y la *lex artis*.

2. Se requiere mejora de la solicitud y aportación de documentación el 30 de marzo de 2022, que se aporta el 19 de abril de 2022.

3. Por Resolución del Director del SCS, de 22 de abril de 2022, se admite a trámite la reclamación formulada y se solicitan los informes correspondientes al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) y al servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable.

4. El SIP, una vez recabado el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), así como la historia clínica y de salud de la madre y la historia clínica del menor, informa, el 8 de junio de 2023, lo que sigue:

«1.- Primigesta G1P1A0. Obesidad (IMC 40,6). Embarazo controlado que cursó sin incidencias.

2.- Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno Infantil el día 5 de agosto de 2021, a las 18:02 horas, derivada por su Matrona, en la 40+2 semanas de gestación para verificar rotura prematura de membranas (RPM).

Fluye LA a la especuloscopia. Test de nitracina positivo.

Test Bishop: Dilatación:1; Consistencia: Media; Posición: Posterior; Plano Presentación: SES; Borramiento: 30%. Resultado Test Bishop: 2; Dinámica: Podrómica.

Bolsa Amniótica: Estado: Rota; Color Líquido Amniótico: Claro; Amniorraxis: Espontánea; Fecha y hora de rotura de bolsa: 5 de agosto de 2021 a las 18:00 horas.

Ingresa a las 18:33 horas. Se solicita analítica completa. Se realiza test basal de la frecuencia cardíaca fetal (TNE), 19:01 horas, que resulta reactivo con dinámica uterina 2-3 contracciones/10 minutos y presentando un centímetro de dilatación, por lo que se decide esperar 6 horas al probable inicio espontáneo del trabajo de parto.

A las 00:41h baja de planta para TNE que se realiza a las 01:00 horas: TNE reactivo no desacelerativo. Dinámica uterina prodrómica. Se realiza exploración vaginal, previo consentimiento verbal de la gestante, dilatación 1 cm, 40% borrado, consistencia media y posterior. Cefalica. SES.

Dada las condiciones cervicales se decide maduración mediante cinta de PGE2. Siguiendo protocolo se administró antibioterapia, a las 01:15 horas ampicilina 2 gr iv, a las 02:00 horas azitromicina 1 gr vo.

Siguiendo protocolo, baja a expectante para TNE durante 2 horas que es valorado por facultativo a las 03:50 horas (valoración TNE postcinta): Reactivo, no desacelerativo, buena variabilidad, presencia de ascensos y ausencia de deceleraciones. FCF basal 150 lpm. 3-4 contracciones/10 min poco percibidas por la gestante. Se realiza nueva exploración vaginal objetivando condiciones similares a las previas. Dinámica irregular bien tolerada por la paciente por lo que sube a planta, se recuerda signos de alarma y nueva valoración a las 13:00 horas para inicio de inducción en paritorio.

A las 13:13 horas del 6 de agosto de 2021 pasa a paritorio tras 12 horas de cinta por RPM.

A su llegada el personal se presenta a la señora y a su pareja. Se coloca monitorización externa de DU (dinámica uterina) y FCF (frecuencia cardíaca fetal). Se toma las constantes y explica el procedimiento. Se inicia la inducción en paritorio bajo protección antibiótica según protocolo.

En Plan: Monitorización continua de FCF y DU. Analgesia según deseo de la paciente.

Alumbramiento dirigido y profilaxis de atonía uerina. Analgesia postparto. Sueroterapia de mantenimiento. Ampicilina 2g/6h y Azitromizina 500mg/24.

A las 13:39 horas se avisa al anestesista para anestesia epidural y consentimiento informado. El anestesista revisa historia clínica y analíticas de la señora. Se explica consentimiento informado verbal y escrito.

Tras consentimiento informado se procede a realizar EV y sonda vesical, se retira cinta de prostaglandina. Se coloca PIA.

Se describen DLI a las 16:40 y DLD a las 17 :35 horas. A las 17:18 Purgo PIA. 17:25 horas bajo perfusión de oxitocina a la mitad por hipertonia comprobada manualmente. A las 18:27 sentada.

A las 18:51 horas presenta un pico febril de 38,4°C normalizando temperatura tras la administración de antitérmicos y presentando analítica normal.

A las 0:45 horas del 7 de agosto se considera iniciado el trabajo de parto, tras 12 horas de iniciada la inducción.

En exploración a las 4:28 horas del 7 de agosto: Trabajo de parto franco con 4 cm, cérvix blando, borrado y centrado.

A las 7:51 horas refiere dolor en vagina. Se administra bolo de refuerzo epidural.

A las 12:13: la señora tiene dolor se avisa a anestesia y se administra bolo pautado (8 cc de levobupi con Epinefrina).

A las 13:30 horas se explora a la señora encontrándose en dilatación completa, tras 12 horas de iniciar el trabajo de parto.

Presenta segunda toma de temperatura elevada (38°C) a las 13:50 horas acompañada de leucocitosis sin taquicardia materna ni fetal, fluyendo líquido amniótico claro y no signos de irritabilidad uterina. Se administra paracetamol i.v., se pautan medios físicos para regular la temperatura y se administra cefazolina 1g y gentamicina 80 mg i.v. con el juicio diagnóstico de fiebre intraparto.

Tras dos horas de expulsivo pasivo se inicia expulsivo activo a las 15:55 horas.

A las 16:46 horas, tras casi una hora de expulsivo activo se valora a la paciente encontrándose en dilatación completa, Il plano de Hodge, occipito iliaca izquierda anterior, fluye líquido amniótico claro y se realizan pujos dirigidos que no resultan efectivos por lo que se indica cesárea (16:48 horas) por desproporción pélvico-cefálica.

A las 17:16 horas se extrae un recién nacido masculino en presentación cefálica, bañado en líquido claro sin incidencias, entregándose al equipo de Neonatología. 3.215 gr, con un test de Apgar 3, 5 y 7 (primer minuto, 5 minutos y 10 minutos), pH arterial de cordón

umbilical de 7.17, PCO₂ de 53 y déficit de base de -9, que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por distress respiratorio y riesgo infeccioso.

Diagnósticos: Gestación de 40+3 semanas. RPM. Fiebre intraparto. Desproporción pélvicocefálica. Anemia moderada.

3.- RN hipotónico sin esfuerzo respiratorio con FC entre 60-100 lpm y palidez.

Saturaciones objetivo a los 3 minutos de vida.

Ingresa en el Servicio de Neonatología durante el periodo 7 a 27 de agosto de 2021 por distrés respiratorio y riesgo infeccioso.

Al ingreso, 18:09 horas del 7 de agosto de 2021, FR 30 r/min; TA: 61/39 mmHg.

En la exploración, entre otros, regular estado general, pálido, normohidratado, recapilarización menor de 2 segundos, fontanelas normotensas. AP: buena entrada de aire bilateral sin ruidos sobreañadidos, no distrés. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos.

Reflejos primitivos presentes. Discreta hipotonía global. Herida en cuero cabelludo en zona parieto - temporal izquierda.

Mejoría a la llegada a UCIN y a las 2 horas de vida presentó deterioro respiratorio. A las 4 horas dos apneas. No datos bioquímicos de meningitis.

El 8 de agosto, se pone en protocolo de hipotermia a las 7 horas y 45 minutos de vida por EHI (encefalopatía hipóxica isquémica) a las 2 horas.

Rx de tórax, ecografía transfontanelar y ecocardiografía normales.

Durante su ingreso se realizó interconsulta a los servicios de Cardiología, Neurología y Rehabilitación.

Hemocultivo del 7 de agosto negativo. Cultivo del LCR de 8 de agosto negativo.

Ecografía transfontanelar del 8 de agosto de 2021: Parénquima cerebral y cerebeloso conservados sin sangrado intra ni extraaxial. Sistema ventricular acordes. Vascularización e índice de resistencia dentro de la normalidad.

Ecografía de abdomen de 9 de agosto sin hallazgos de significado patológico.

Ecografía transfontanelar del 9 de agosto de 2021: Asimetría de la ecogenicidad del parénquima cerebral, identificando un foco de aumento de ecogenicidad en región parietal derecha. Hallazgos que obligan a descartar un área de isquemia cerebral a completar con RMN. Sistema ventricular sin dilatación. Índice de resistencia dentro de la normalidad.

Cefalohematoma parietooccipital en el lado derecho.

En ecografía transfontanelar de 17 de agosto de 2021: Llamativa hiperecogenicidad generalizada de surcos corticales, compatible con el contexto de lesión isquémica. No se

identifican hemorragias intra, ni extraaxiales. Línea media centrada. Sistema ventricular de tamaño y morfología normales. Fosa posterior sin alteraciones ecográficas significativas.

Vascularización cerebral sin alteraciones.

Tras retirada de hipotermia no presenta nuevas crisis convulsivas y se extuba a los 8 días de vida.

Valorado por el Servicio de Neurología, el 17 de agosto concluye en diagnósticos: RNT PAEG. Convulsiones neonatales en relación a encefalopatía hipóxico isquémica IIb.

Piramidismo global secundario. Cefalohematoma, caput succedaneum de posible origen obstétrico.

Se traslada a hospitalización a los 12 días de vida.

Al alta sigue presentando exploración neurológica patológica, sin fijar la mirada (sólo se consigue ocasionalmente), tremulaciones espontáneas y tras estímulo, hipertonía global con hiperreflexia y patrón motor con movimientos poco modulados, sacudidas en MMII y clonus bilateral. Buena respuesta a la luz con pupilas IC y NR. Succión eficaz y buena coordinación succión/deglución. Áreas occipitales donde se palpa zonas aisladas de necrosis grasa.

Por los datos clínicos, la evolución y las pruebas complementarias se diagnostica de encefalopatía hipóxico-isquémica II B, pendiente de evolución.

Al alta seguimiento en Neurología y Rehabilitación.

4.- El 10 de noviembre de 2021 se solicita Rx para descartar craneosinostosis en lactante de 3 meses con microcefalia. En ecografía transfontanelar no se visualizan claramente las suturas coronales.

En TAC de 11 de enero de 2022: Fusión de las suturas coronales (sobre todo la izquierda) y bregmática en relación a craneosinostosis. Atrofia cerebral córtico-subcortical con focos milimétricos de calcificación en parénquima cerebral de convexidad izquierda.

En relación a craneosinostosis presenta dilatación ventricular secundaria (Neurología 23 de 2022). El 24 de marzo de 2022 es intervenido para expansión y remodelación craneal. Es reintervenido el 9 de abril de 2022 por infección de seroma.

El 27 de mayo de 2022: Perímetro cefálico 35,7 cm (<5-6 DS). Microcefalia. Fontanela anterior cerrada.

5.- Ingresó en el Servicio de Pediatría durante el periodo 22 a 28 de junio de 2022 por crisis epiléptica.

Acude a urgencias por crisis tónico-clónicas mientras estaba en la consulta de Neurología pediátrica.

Los padres refieren que hace 2 semanas comienza con episodios de extensión de cuello y brazos hacia arriba, motivo por el que es valorado en Neurología.

Diagnósticos: Crisis convulsiva generalizada a estudio. Otros: Microcefalia. RNT PAEG.

Convulsiones neonatales en relación a encefalopatía hipóxico squémica II B. Espasmos en flexión. Piramidalismo global secundario. Cefalohematoma, caput succedaneum de posible origen obstétrico, craneosinostosis intervenida.

6.- Se aporta informe de Neurología, 27 de junio de 2022: Síndrome de espasmos infantiles, síndrome convulsivo generalizado secundario. Microcefalia. Convulsiones neonatales en relación a encefalopatía hipóxico-isquémica II b. PCI espástica. Craneosinostosis intervenida.

En revisión en Neurología el 29 de diciembre de 2022, 16 meses: no ha vuelto a presentar crisis generalizadas, persiste siempre temblor cefálico al despertar asociando hiperextensión de ambas extremidades superiores con manos en puño. A veces en salva.

Come de todo en textura triturado y líquido sin atragantarse. Mejor fijación y seguimiento con la mirada, sonrisa sin correspondencia.

Acude "la casita" y mejoría con conexión al medio, buena adaptación. Realiza terapia menso piscina, pendiente de valoración por Rehabilitación para iniciarla.

Valorado por Centro Base: Discapacidad 75%, grado de dependencia 3.

Diagnósticos: Microcefalia. RNT PAEG. Convulsiones neonatales en relación a encefalopatía hipóxico-isquémica II B. espasmos en flexión. Piramidalismo global secundario. Cefalohematoma, caput succedaneum de posible origen obstétrico.

Craneosinostosis intervenida.

7.- El 6 de febrero de 2023 se consulta con la Unidad de Genética bajo el motivo de craneosinostosis múltiple -deformidad craneal-.

En la exploración física se describe: Microcefalia marcada (35,5 cm, muy por debajo de percentil 3 con oxicefalia asociada por cierre de ambas suturas coronales, frente muy estrecha y cresta metópica prominente. Se palpa también cresta coronal izquierda. Discreto alargamiento craneal en sentido antero-posterior. Cierre de fontanela.

Se genera petición y se activa estudio genético».

5. El SIP, en el citado informe, llega a las siguientes conclusiones:

«1.-El informe aportado al expediente por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias responde de forma precisa a las cuestiones planteadas por la reclamante por lo que se da por reproducido íntegramente.

2.-No obstante se añaden algunas puntualizaciones.

Se hace preciso aclarar ciertos conceptos en relación a los tiempos inherentes al proceso de parto y que parece que se discuten.

El parto es un proceso fisiológico mediante el cual el feto y sus anejos son expulsados desde la cavidad uterina al exterior. Hablamos de parto normal cuando se presenta de forma espontánea, con feto a término, en posición cefálica de vértice, evoluciona sin alteraciones en el estado de la madre y del feto y transcurre en un tiempo adecuado.

Conforme a los protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) “La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad”.

El parto lo podemos dividir en tres 3 etapas o fases:

**Primera etapa, periodo de dilatación. En la que a su vez distinguimos una fase latente y una fase activa. La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) define la fase latente hasta el momento en que se alcanza los 4 cm de dilatación sin establecer el tiempo de duración de la misma y la fase activa de este periodo de dilatación corresponde al tiempo que transcurre desde los 4 hasta los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica uterina (DU) regular. La duración de esta fase activa en primíparas es de 8 a 18 horas y en múltiparas de 5 a 12 horas.*

En el presente caso la fase pasiva de la dilatación llegó hasta las 00:45 horas del 7 de agosto y la fase activa de la dilatación desde las 00:45 horas del 7 de agosto (inicio de trabajo de parto, 4 cm) hasta las 13:30 horas (dilatación completa) es decir 12-13 horas desde inicio de trabajo de parto y por lo tanto dentro de cómputo establecido en al GPC de este periodo para primípara (como es el caso que nos ocupa).

**Segunda etapa o expulsivo, con una fase pasiva que abarca desde la dilatación cervical completa hasta el inicio de los esfuerzos expulsivos maternos activos (“cuyo objetivo es permitir el descenso pasivo de la presentación a través del canal del parto durante el cual la gestante no realiza pujos dirigidos a excepción de los requeridos para la valoración del descenso de la presentación” como informa el Servicio), y una fase de expulsivo activo desde el inicio de los esfuerzos expulsivos maternos activos hasta la expulsión del feto (“la gestante inicia los pujos y cuyo objetivo es la expulsión fetal”). En relación a los tiempos, la GPC habla de fase pasiva inferior a 2 horas en primíparas (con o sin anestesia epidural) y de 1 hora en múltiparas sin anestesia epidural y 2 horas con anestesia epidural.*

La fase activa del expulsivo en primíparas de 1 horas (sin anestesia epidural) y 2 horas (con anestesia epidural) y en múltiparas de 1 hora.

En el presente caso este periodo transcurrió desde las 13:30 horas del 7 de agosto (dilatación completa) hasta el inicio de expulsivo activo 15:55 horas y a las 16:46, tras casi

una hora de expulsivo activo, se realizó pujos dirigidos que no resultaron efectivos indicándose cesárea a las 16.48 horas y suspendiéndose oxitocina.

En este sentido ha informado el Servicio de Obstetricia y Ginecología “Tras alcanzar la dilatación completa y dos horas de expulsivo pasivo se inicia expulsivo activo a las 15:55 horas. A las 16:46 horas, tras casi una hora de expulsivo activo se valora a la paciente encontrándose en dilatación completa, II plano de Hodge, occipito iliaca izquierda anterior, fluye líquido amniótico claro y se realizan pujos dirigidos que no resultan efectivos para el descenso de la presentación sin alcanzar el III plano de Hodge por lo que se indica cesárea por Desproporción Pélvico-Cefálica.”

*La tercera etapa es el alumbramiento. Discurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En el presente caso cesárea.

Por tanto, no hablamos de trabajo de parto prolongado ni de tiempos excesivos.

3.-La reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno Infantil (HUMI) a las 40 + 3 semanas (a término) con sospecha de rotura prematura de membranas (RPM) que es confirmada en dicho Servicio.

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura de las membranas ovulares (membranas amnióticas) antes del inicio espontáneo del parto, independientemente del momento de la gestación, con la consiguiente salida de líquido amniótico^{1,2}.

La mayoría de las RPM son a término (8% gestaciones) y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24 horas (72%-95%)¹.

En el presente caso hablamos de RPM a término ya que la gestación era de 40+3 semanas.

La actitud obstétrica en a término es evaluar las condiciones obstétricas para plantear la necesidad o no de antibióticos y planificar la finalización de la gestación.

Ante una RPM se espera una evolución espontánea del parto, se deja a la paciente en periodo de observación en el que se valora mediante RCTG (registro cardiotocográfico) si la paciente inicia dinámica uterina espontánea de parto.

En el caso que nos ocupa, la exploración materna y fetal aconsejaba la evolución, inicialmente, espontánea conforme al protocolo de RPM: Gestación única. Situación longitudinal, presentación cefálica. Altura SES. FCF (+), Test basal de la frecuencia fetal (TNE) reactivo. Cérvix: posterior, permeable a 1 dedo, consistencia media, borramiento del 30% (Bishop 2), bolsa amniótica rota con líquido amniótico claro.

De esta forma, comprobado el bienestar fetal y las condiciones obstétrica se decide esperar 6 horas al probable inicio espontáneo del trabajo de parto ya que había RPM y no

concurrían otras complicaciones obstétricas y ni la madre ni el feto tenían antecedentes que motivaran otra decisión.

Si tras el periodo de espera no se desencadena el parto espontáneo la maduración/inducción con prostaglandinas u oxitocina en función de las condiciones cervicales está indicada.

Una de las indicaciones de la inducción es la RPM si no se desencadena el parto espontáneo.

Por tanto, en el presente caso estaba indicada y además no se daban circunstancias incluidas en las contraindicaciones (ni absolutas ni relativas) de la inducción como es el caso de placenta previa o vasa previa con sangrado, situación transversa u oblicua, prociencia de cordón (...)

Se añade que en el presente caso no estaba contraindicado el parto vaginal, que lo estaría en circunstancias como más de 1 cesárea anterior, cesárea anterior con incisión en T invertida, miomectomía previa con entrada en la cavidad uterina, antecedentes de rotura uterina, placenta previa oclusiva, vasa previa, herpes genital activo (...).

Concluimos que la actitud obstétrica fue adecuada a la luz de la evidencia científica y de los protocolos relativos a la asistencia al parto.

Destacamos que durante toda la estancia fueron controladas tanto las condiciones maternas como fetales.

El TNE (test no estresante) es el método cardiotocográfico más común de evaluación fetal anteparto. No es invasivo no hay riesgo directo de lesión materna o fetal asociada al TNE.

En el presente caso, se objetivó patrón reactivo lo que indica bienestar fetal. Transcurrido el periodo indicado se valoró las condiciones fetales y maternas. Dado las condiciones cervicales se decidió maduración cervical mediante cinta de PGE2 siguiendo protocolo. Las PGE2 se retiraran cuando se ha completado al maduración o tras 12-24 horas y se valorará la inducción oxitócica. En el presente caso se retiró a las 12 horas y se inició la inducción.

El estado del cérvix es uno de los factores más importantes para predecir el resultado de la inducción y de ello nos informa el test de Bishop. De esta forma la maduración cervical es un procedimiento dirigido a facilitar el proceso de ablandamiento, borramiento y dilatación del cuello uterino. En el presente caso con un test de Bishop inferior a 6 se indicó maduración cervical.

Se realizó RCTG basal previo que permitió descartar sospecha de pérdida de bienestar fetal y DU regular.

De la adecuada evolución de la inducción y de la fase de dilatación nos informa el Servicio de Obstetricia y Ginecología “El procedimiento de la inducción en paritorio consiste en obtener dinámica adecuada y eficaz para conseguir alcanzar el trabajo de parto (3-4 cm de dilatación), de tal manera que tras la buena dinámica se revalora a las 12 horas de ésta. Si no ha iniciado el trabajo de parto se explora pasadas 6 horas y en este momento se decide si ha tenido éxito o no la inducción. Es decir tras 18 horas de conseguida la dinámica adecuada (no desde la llegada a paritorio) si no se ha iniciado el trabajo de parto se recomienda realizar una cesárea por fracaso de inducción. La paciente inicia el trabajo de parto tras 12 horas de su llegada a paritorio, lo que refleja el éxito de la inducción. Una vez iniciado el trabajo de parto, la duración media hasta alcanzar la dilatación completa es de 8 horas, no recomendándose sobrepasar las 18 horas. A las 12 horas de iniciar el trabajo de parto la paciente se encontraba en dilatación completa (10 cm de dilatación).”

4.-En relación a la mención por la reclamante de la oxitocina.

El objetivo es lograr una actividad uterina suficiente para producir cambios cervicales y el descenso fetal, sin llegar a la hiperestimulación y/o pérdida del bienestar fetal. De hecho, iniciada la inducción la monitorización de FCF y DU fue continuada.

Informa el Servicio de Obstetricia y Ginecología: “La perfusión de oxitocina se modifica dependiente de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal a las mismas, siendo esto un procedimiento frecuente durante las inducciones. El objetivo es conseguir dinámica adecuada para que la inducción evolucione favorablemente”.

5.-Para el control del dolor fue administrada analgesia epidural con bolos añadidos según la solicitud de la señora y previa consulta con el Servicio de Anestesia y Reanimación. Es el método de elección para alivio del dolor del parto consiguiendo una analgesia efectiva de acción rápida y duradera y no perjudica la adaptación cardio-respiratoria del feto.

6.-Conforme a la lex artis se indicó cesárea en el momento preciso, esto es, por desproporción pélvico-cefálica puesta de manifiesto en dilatación completa con pujos dirigidos sin progreso.

La cesárea como proceso quirúrgico implica un incremento de la morbimortalidad materna y fetal. De ahí que se practica cuando está indicada como es el caso de SPBF, placenta previa oclusiva, situación transversa, desproporción pélvico-cefálica (...) La RPM no es per se una indicación de cesárea. Ésta se indicaría, en su caso, por otras causas añadidas que se pudieran presentarse en el curso de la evolución del parto como ocurrió en el presente caso.

Al respecto ha informado el Servicio de OG “Tras alcanzar la dilatación completa y dos horas de expulsivo pasivo se inicia expulsivo activo a las 15:55 horas. A las 16:46 horas, tras casi una hora de expulsivo activo se valora a la paciente encontrándose en dilatación

completa, Il plano de Hodge, occipito iliaca izquierda anterior, fluye líquido amniótico claro y se realizan pujos dirigidos que no resultan efectivos para el descenso de la presentación sin alcanzar el III plano de Hodge por lo que se indica cesárea por Desproporción Pélvico-Cefálica”.

“La indicación de las cesáreas puede ser programada o urgente. Una vez la paciente en el paritorio si se indica el procedimiento quirúrgico se considera “urgente” para diferenciarlo del programado. La indicación de la cesárea fue por desproporción céfalo-pélvica, urgente por encontrarse la paciente ya en el paritorio pero no emergente, que sería la indicación cuando se precisa la extracción fetal con extrema urgencia”. “La indicación de la cesárea fue por Desproporción Céfalo-Pélvica no emergente”.

7.-La reclamante no sufrió infección intraparto.

Informa el Servicio de Obstetricia y Ginecología: “Para el diagnóstico de corioamnionitis se requiere de temperatura igual o superior a 38 grados Celsius, más dos de los siguientes signos: leucocitosis materna (>15.000), taquicardia materna (>100 lpm), taquicardia fetal (>160 lpm), irritabilidad uterina (alteración de la dinámica caracterizada por polisistolia con contracciones de baja intensidad, dinámica en dientes de sierra, y/o tono basal elevado) y olor fétido del L.A. Con la presencia de dos picos febriles y leucocitosis, sin ningún criterio más de los enumerados, el diagnóstico es tan solo de fiebre intraparto. La paciente en ningún momento presentó criterios de infección (corioamnionitis), sin embargo se diagnosticó de fiebre intraparto ya en dilatación completa. En conclusión, la paciente no presentó criterios de infección en ningún momento del parto.

Lo que presentó la señora fue en dos ocasiones fiebre intraparto pudiendo ser explicada en relación con la analgesia epidural. En efecto, la analgesia epidural es la principal causa de fiebre intraparto no infecciosa seguida del uso de prostaglandinas. Así, en hoja de registro perioperatorio con ocasión del procedimiento cesárea consta: “colocada epidural en paritorio. Correcto funcionamiento de la misma, precisando administrar algún bolo extra por lo que la paciente está febril.”.

De este modo y en el sentido de la orientación de la reclamación, el neonato tampoco manifestó consecuencia alguna de un supuesto de corioamnionitis como sería septicemia, neumonía o meningitis.

8.-Los registros realizados durante el ingreso y el resultado del estudio bioquímico tras el nacimiento no se corresponden con la existencia de sospecha riesgo de pérdida de bienestar fetal (antes llamado sufrimiento fetal).

Se añade las referencias en la historia clínica a líquido amniótico claro, no teñido por sangre ni meconio.

Además en esta línea encontramos el estudio del equilibrio ácido base en la sangre de los vasos del cordón umbilical del RN. Los datos del pH, pCO₂ y exceso de bases en sangre del cordón umbilical confirman el bienestar fetal. Con estos datos, en el presente caso, no existe evidencia de acidosis metabólica intraparto, estando definida cuando el pH es < a 7 y DB ≥ a 12.

Por otra parte, la indicación de cesárea no fue por sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Informa el Servicio: Se obtuvo un recién nacido masculino de 3215 gr, con un test de Apgar 3, 5 y 7 (primer minuto, 5 minutos y 10 minutos), pH arterial de cordón umbilical de 7.17, PCO₂ de 53 y déficit de base de -9. El parámetro más objetivo del bienestar fetal y del neonato es el equilibrio ácido-base puesto que el resultado del test de Apgar se puede ver influenciado por múltiples factores. Solo se ha relacionado la encefalopatía hipóxico isquémica como ocasionada por el trabajo de parto cuando se obtiene un resultado del Ph de cordón inferior a 7.00. Se considera un test de Apgar bajo si a los 10 minutos del nacimiento éste es inferior a 7, el resultado obtenido del pH arterial del cordón umbilical descarta la existencia de hipoxia intraparto apoyado por la normalidad del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto.

Añade “El registro de la frecuencia cardíaca fetal intraparto, la no existencia de corioamnionitis y el resultado del pH arterial de cordón umbilical hacen descartar la causa intraparto de la encefalopatía del neonato”.

Matizamos que el test de APGAR valora la capacidad de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Durante el primer minuto valora la tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, y a los 5 minutos valora la adaptación al medio (a la vida extrauterina). No es específico de una agresión hipóxico-isquémica.

9.-Por lo expuesto se expresa el desacuerdo con la afirmación de los reclamantes “la asistencia obstétrica intraparto fue incorrecta no acorde a los protocolos y a la lex artis y sin concretar las actuaciones que consideran incorrectas afirman que “las actuaciones no se ajustaron a las que según el estado de los conocimientos o de la técnica son científicamente correctas.”

Por el contrario la actuación fue ajustada a la evidencia científica recogida en las guías de asistencia al parto (CPC).

Informa el Servicio de Obstetricia y Ginecología “Doña (...) fue atendida en todo momento acorde a la lex artis. El periodo de dilatación evolucionó de forma adecuada. Se indicó una cesárea cuando se requería. Se utilizaron todos los medios tanto técnicos como profesionales en su asistencia. Lamentablemente el resultado no fue el esperado, a pesar de la adecuada asistencia obstétrica recibida”.

10.-El menor, y con independencia al parto, ha sido diagnosticado de craneosinostosis múltiple.

Los huesos craneales del recién nacido están separados entre sí por medio de suturas y fontanelas compuestas por tejido fibrocartilaginoso. Estos espacios permiten la expansión de la bóveda y de la base craneal.

De esta forma, el crecimiento de la cabeza está en relación directa con el aumento progresivo de la masa encefálica y la permeabilidad de las suturas y fontanelas. La craneosinostosis es la fusión prematura de una o más suturas craneales de forma total o parcial, restringiendo la capacidad del cráneo para desarrollarse y crecer de forma normal.

Las sindrómicas están asociadas a otros síndromes con malformaciones faciales, del esqueleto, del sistema nervioso y otras anomalías.

Las no sindrómicas, no están relacionadas con ningún síndrome y su etiología se cree que puede guardar relación con anomalías genéticas en los factores de crecimiento de los fibroblastos o de sus receptores.

Si bien la mayoría de las complicaciones de las craneosinostosis son estéticas y funcionales, también pueden generar alteraciones motoras, del lenguaje o neurocognitivas, sobre todo vinculadas a las que afectan varias suturas. Esto último también ocurre en las sinostosis que comprometen una única sutura, principalmente en relación al cierre de la sutura coronal o lambdoidea.

De esta forma en relación a craneosinostosis, en el presente caso, el menor presenta dilatación ventricular secundaria (Neurología 23 de 2022). También se ha descrito por el cierre de las suturas oxicefalia (...) ».

6. Abierto periodo probatorio, se incorporan las pruebas documentales y se abre trámite de audiencia, en el que la reclamante presenta escrito de alegaciones presentando informe pericial en que se concluye que tanto la inducción del parto tras el ingreso por rotura de membranas, como a los tiempos transcurridos en las distintas fases del parto, son acordes a la *lex artis*, mientras que la vigilancia fetal intraparto, ante la existencia de desaceleraciones variables a lo largo de la mayor parte de la dilatación junto con la presencia de dos picos febriles mayores de 38º espaciados más de 4-6 horas (el último 4 horas antes del nacimiento mediante cesárea) deberían haber hecho plantear una sospecha de pérdida de bienestar fetal, lo que no es acorde en su totalidad a protocolos clínicos y por tanto no es acorde por completo a *Lex Artis Ad Hoc*.

Se traslada al SIP para informe complementario que no consta en el expediente.

7. A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

8. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, su Sentencia 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».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en una infracción de la *lex artis*, ya que la reclamante cuestiona, de acuerdo con el informe pericial presentado, que la vigilancia fetal fuera la correcta, pues ante la existencia de desaceleraciones variables a lo largo de la mayor parte de la dilatación, junto con la presencia de picos febriles mayores de 38° espaciados más de 4-6 horas (el último 4 horas antes del nacimiento mediante cesárea), debería haber hecho plantear una sospecha de pérdida de bienestar fetal y acelerar el parto. Es decir, la reclamante plantea que la encefalopatía que padece del neonato se produjo durante el parto como consecuencia de no haberlo adelantado pese a la existencia de signos evidentes (desaceleraciones variables a lo largo de la mayor parte de la dilatación, junto con la presencia de picos febriles mayores de 38° espaciados más de 4-6 horas, el último 4 horas antes del nacimiento).

Sin embargo, la Propuesta de Resolución, con fundamento en los informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta esas afirmaciones contenidas en el informe médico pericial presentado por la reclamante.

Así, informe del Servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil sostiene que a las 18:51 horas se objetiva un pico febril de 38.4°C, se administran antitérmicos normalizando la temperatura y se solicita analítica, cuyos resultados, junto con la valoración clínica y la buena respuesta al tratamiento, indican mantener la pauta antibiótica indicada desde el inicio. La interesada presenta una segunda toma de temperatura elevada (38°C) una vez alcanzada la dilatación completa acompañada de leucocitosis sin taquicardia materna ni fetal, fluyendo líquido amniótico claro y sin signos de irritabilidad uterina.

El Informe expone que para exista el diagnóstico de corioamnionitis se requiere una temperatura igual o superior a 38 grados Celsius, más dos de los siguientes

signos: leucocitosis materna (>15.000), taquicardia materna (>100 lpm), taquicardia fetal (>160 lpm), irritabilidad uterina (alteración de la dinámica caracterizada por polisistolia con contracciones de baja intensidad, dinámica en dientes de sierra, y/o tono basal elevado) y olor fétido del L.A. Con la presencia de dos picos febriles y leucocitosis, sin ningún criterio más de los enumerados, el diagnóstico es tan solo de fiebre intraparto.

El Informe afirma que la paciente en ningún momento presentó criterios de infección (corioamnionitis), sin embargo se diagnosticó de fiebre intraparto ya en dilatación completa.

Igualmente afirma que el parámetro más objetivo del bienestar fetal y del neonato es el equilibrio ácido-base puesto que el resultado del test de Apgar se puede ver influenciado por múltiples factores. Solo se ha relacionado la encefalopatía hipóxico-isquémica como ocasionada por el trabajo de parto cuando se obtiene un resultado del Ph de cordón inferior a 7.00. Se considera un test de Apgar bajo si a los 10 minutos del nacimiento este es inferior a 7, el resultado obtenido del pH arterial del cordón umbilical descarta la existencia de hipoxia intraparto apoyado por la normalidad del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto.

En conclusión, el resultado obtenido del pH arterial del cordón umbilical descarta la existencia de hipoxia intraparto apoyado por la normalidad del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto.

Por su parte, el Informe del Servicio de Ginecología descarta que en el presente caso se haya dado alguno de los criterios (evidencia de acidosis metabólica en la sangre de la arteria umbilical fetal obtenida tras el parto, comienzo temprano de encefalopatía neonata severa o moderada en niños nacidos a las 34 semanas o más de gestación, parálisis cerebral de cuadruplejía espástica o dicinética y exclusión de otras etiología identificables como un traumatismo, trastorno de coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas) que el informe pericial de parte define para que pueda detectar la causa de parálisis cerebral.

Según el grupo de trabajo de ACOG, partiendo de los criterios proporcionados por el International Cerebral Palsy Task Force, se deben dar los cuatro criterios, pero no se da ninguno, por lo que el aludido Informe el Servicio de Ginecología concluye que el motivo del ingreso del recién nacido en UCIN fue por distress respiratorio y riesgo infeccioso.

En suma, el registro de la frecuencia cardiaca fetal intraparto, la no existencia de corioamnionitis y el resultado del pH arterial de cordón umbilical -que evidencia el bienestar fetal- hacen descartar que la encefalopatía del neonato fuera causada durante el intraparto.

De lo anterior se desprende que la reclamante no solo no ha demostrado mala praxis como causa de las patologías diagnosticadas a su hijo neonato, sino que del expediente se desprende que fue atendida en todo momento acorde a la *lex artis* durante todo el periodo de dilatación, que evolucionó de forma adecuada, indicándose una cesárea cuando se requería, y que durante el parto se utilizaron todos los medios tanto técnicos como profesionales en su asistencia.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la ruptura del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento III.