



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 15 / 2023

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 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 (...) y (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 488/2022 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 5 de diciembre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita ser indemnizada con la cantidad que asciende a 30.000 euros; *quantum* que determinaría la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

4. En lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante ostenta la condición de interesada en el procedimiento puesto que alega haber sufrido tanto ella como su recién nacido una deficiente asistencia sanitaria por parte del SCS (art. 4.1, letra a) de la LPACAP, en relación con el art. 32 de la 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.

5. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que la Ley establece, de acuerdo con el art. 67 LPACAP. Pues la reclamación se presenta en fecha 15 de noviembre de 2019, en relación con el hecho lesivo alegado determinado el 24 de noviembre de 2018, por lo que no habría prescrito el derecho que asiste a la interesada para reclamar.

II

1. En el escrito de reclamación de fecha 15 de noviembre de 2019, la afectada alega los siguientes hechos lesivos con base en la asistencia sanitaria recibida:

« (...) PRIMERO.- (...), de 32 años en el momento de los hechos y gestante de 41 semanas, con gestación normal, útero dentro de la normalidad y sin antecedentes médicos relevantes, acudió en la madrugada del 23 de noviembre de 2018 al COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL, por la rotura espontánea de la bolsa de líquido amniótico a las. 00:30 horas del 23 de noviembre de 2018:

Estado: Rota

Color Líquido Amniótico : Claro

Amniorresis : Espontánea

Fecha y hora de rotura de bolsa: 23/11/2018 00:30

En la exploración realizada por el personal sanitario se objetivó que el líquido amniótico era claro y se dio la opción a la paciente de volver a su domicilio hasta que las contracciones fuesen más seguidas o bien cursar el ingreso hospitalario, como así fue al decantarse la paciente por el ingreso hospitalario .

SEGUNDO.- A las 20:05 horas del 23 de noviembre de 2018, según consta en la historia clínica "La paciente avisa por estar agobiada con la gente en la habitación NO SABER SI SU BEBE SE MUEVE BIEN Y ESTAR PREOCUPADA. "

La Sra. (...) permaneció en planta habiendo transcurrido cerca de 24 horas desde que se produjera la rotura de la bolsa de líquido amniótico y pese a ser una gestación a término con RPM pero no se indicó la inducción de la paciente hasta que a las 23:37 del 23 de noviembre de 2018, momento en el que subieran a paritorio a la paciente.

Sobre las 00:00 horas del 24 de noviembre, la paciente solicitó analgesia epidural y a las 0:06 horas se realizó exploración vaginal por parte del personal sanitario colocando el monitor interno a la paciente (la monitorización fetal mediante Registro Cardio Tocográfico (en adelante, RCT) es una técnica indolora y no invasiva cuyo fin es controlar la actividad uterina y el bienestar fetal) y objetivando la aparición de líquido amniótico amarillo.

A las 00:30 horas, administraron la epidural a la paciente y a las 1:20:43 según la historia clínica de la paciente el RCTG era desacelerativo.

TERCERO.-Alas 4:31delamadrugada, los tocólogosdelCOMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR- MATERNOINFANTIL,fueronavisados para valorar los RCT. Estos registros reflejaron que la paciente llevaba sufriendo desaceleraciones tardías desde hacía una hora, lo cual era indicativo de que existía un evidente riesgo tanto para la (...) como para su hijo:

24/112018 4:43:55Indicaciones: Acudimos a valorar a la paciente ante registro desacelerativo, con desaceleraciones tardías en los últimos 60 minutos, con menos del 50% de las contracciones. Dinámica uterina disdinamica. Oxitocina a 6 mUI/ml. TV: Cervix dilatado 3-4 cm, blando, borrado, centrado. Se toma muestra para EBA: pH 7.17 pCO 62 EBA -6.8 pHm 7.27 PLAN: Continuar con cambios posturales. Continuar con perfusion de oxitocina segun protocolo Avisar si incidencia

Estas desaceleraciones, entre otros datos intranquilizadores de la monitorización de la paciente evidenciaron que los RCT eran patológicos/intranquilizadores por lo que requería

acciones de confirmación del estado fetal con anterioridad y en su defecto, la extracción urgente del feto mediante cesárea como marcan los protocolos y guías clínicas.

CUARTO.- A las 4:57 de la madrugada, se objetivó que la Sra. (...) estaba febril, y, tanto la gestante como el feto estaban afectados de taquicardia, así como el líquido amniótico cambió de claro a moliente. (...) fue diagnosticada de corioamnionitis, una inflamación aguda de las membranas placentarias de origen infeccioso; que implica un grave riesgo de mortalidad materno y fetal, teniendo que ser nuestra representada sometida a tratamiento antibiótico:

24/11/2018 4:57:44Indicaciones: Ante persistencia de registro desacelerativo se inician cambios posturales. Dinámica uterina mal registrada a pesar de limpieza y cambios de PIA. perfusión de oxitocina a 6 mUI/ml. Se objetiva clínicamente contracciones de duración prolongada, con cierta tendencia a la hipertonia, razón por la que se indica disminuir perfusión de oxitocina a 2 mUI/ml en un primer momento y posteriormente suspenderla. Se produce en este momento ascenso de la FCF basal, llegando a 180-185 lpm, con disminución de la variabilidad. T°materna en este momento de 38.5°C. Dada la fiebre taquicardia fetal, taquicardia materna y LA maloliente, se realiza Dx de corioamnionitis y se inicia tratamiento con Cefazolina 1 g IV + Gentamicina 80 mg IV + Nolotil iv + medidas físicas de control de temperatura. Tras la administración de dicho tratamiento la FCF basal comienza a retornar a niveles normales, mejorando la variabilidad y dejando el registro de ser desacelerativo. PLAN: Continuar con tratamiento antibiótico según protocolo Reiniciar perfusión de Oxitocina según protocolo Avisar si incidencias A. /Rave

No podemos entender que en este momento tampoco se realizase el pH en calota fetal para valorar la situación de bienestar fetal y proceder o no a la extracción del feto mediante cesárea.

QUINTO.- A las 5:32 horas se estableció el diagnóstico a la paciente de corioamnionitis intraparto pero sin embargo no se realizó el PH en calota fetal hasta las 7:28 resultando un pH patológico de 6.82 y se indicó cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Llama poderosamente la atención que pese a las distintas solicitudes de historia clínica presentadas por mi representada hasta la fecha no hayan sido aportados los RGTC y el resto de historia clínica de mi representada y su hijo menor por parte del hospital adscrito al servicio Canario de Salud.

En este sentido es importante destacar la Sentencia de la Sección Cuarta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 que determinó que la actora no podía pechar con la pérdida o extravío (los registros cardiotocográficos para valorar si existió sufrimiento fetal) de la historia clínica toda vez que estos elementos probatorios no estaban a su cargo y que la pérdida de los meritados documentos clínicos no puede beneficiar al causante de la misma, en este caso a la administración sanitaria que era la que tenía el deber de custodia.

SEXTO.- La Sra. (...), ante el grave riesgo que sufría su salud, fue derivada al servicio de reanimación, donde permaneció ingresada desde el 24 hasta el 28 de noviembre con diagnóstico de "shock cardiogénico por probable miocardiopatía

Llama poderosamente la atención que pese a las distintas solicitudes de historia clínica presentadas por mi representada hasta la fecha no hayan sido aportados los RGTC y el resto de historia clínica de mi representada y su hijo menor por parte del hospital adscrito al servicio Canario de Salud.

En este sentido es importante destacar la Sentencia de la Sección Cuarta de I a Sala Tercera del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 que determinó que la actora no podía pechar con la pérdida o extravío (los registros cardiotocográficos para valorar si existió sufrimiento fetal) de la historia clínica toda vez que estos elementos probatorios no estaban a su cargo y que la pérdida de los meritados documentos clínicos no puede beneficiar al causante de la misma, en este caso a la administración sanitaria que era la que tenía el deber de custodia.

SEPTIMO.- Tras la cesárea, el hijo de nuestros representados, fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), desde el 24 de noviembre de 2018 hasta el 21 de enero de 2019, permaneciendo en cuidados intermedios dentro de la unidad de neonatología hasta que el 18 de enero de 2019, donde le realizaron un urocultivo previo a una prueba (CUMS) para ver si tenía reflujo vesicouretral (esto es por la ureterohidronefrosis) objetivando la E. coli, para el tratamiento lo pasan a infecciosos hasta el 1 de febrero de 2019, fecha en la que el hijo de mi representada recibió el alta hospitalaria con una sonda nasogástrica y una bomba de alimentación

Posteriormente el hijo de mis representados ha tenido que ser valorado en distintas especialidades:

- CCEE de cardiología
- CCEE de neurología
- CCEE de gastroenterología
- CCEE de neurocirugía
- CCEE de nefrología
- CCEE Rehabilitación.

El paciente de 11 meses no ha recibido el alta hasta la fecha por Nefrología, Rehabilitación, Digestivo, Neurología y no se descartan la existencia de daños neurológicos a consecuencia de los daños sufridos durante el parto de la paciente, por lo anterior, no podemos hablar de estabilización de las secuelas.

OCTAVO.- La vida de (...) se vio comprometida por las numerosas complicaciones obstétricas que sufrió durante las más de 31 horas que duró el parto, culminando en una de las patologías más agresivas; un shock cardiogénico.

Es innegable que existió un retraso entre las alteraciones en el RTC, que indicaban un proceso patológico en el parto de la Sra. (...) y la necesaria extracción urgente del feto. No se comprobó de forma adecuada el estado de bienestar fetal hasta que se realizó el PH en calota con resultado patológico por lo que ante la ausencia de comprobación en los distintos tramos patológicos del registro lo que correspondía era la extracción fetal urgente mediante cesárea.

Asimismo, afirmamos que se pudo haber diagnosticado y evitado la coriamnionitis de la paciente que pudo ser provocada por las casi 30 horas de RPM hasta el meritado diagnóstico. Se debió inducir al parto a la paciente desde que ingresase en el hospital y sin embargo se mantuvo una conducta expectante.

La asistencia sanitaria prestada a mi representada y al hijo de la misma, por los profesionales sanitarios del complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil durante el parto fue deficiente, produciéndose importantes lesiones a ambos que serán cuantificadas cuando exista una completa estabilización de las secuelas.

NOVENO.- Desde que la paciente recibió el alta el 11 de diciembre de 2018, ha tenido que recibir sesiones de rehabilitación sin que hasta la fecha exista una completa estabilización de las secuelas.

Adjuntamos como Documento Nº 2 Historia clínica.

Por consiguiente, en la actualidad y como resultado de la asistencia sanitaria dispensada que ha tenido como consecuencia la producción de lesiones tanto a mi representada como a su hijo que deben ser objeto de indemnización en virtud de los artículos 67 y siguientes de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y el artículo 32 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, POR SER CAUSADO POR UN FUNCIONAMIENTO ANORMAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

En este sentido es fundamental que esta parte tenga acceso a la HISTORIA CLÍNICA COMPLETA de la paciente en la que obligatoriamente se debe incluir las HOJAS DE TRATAMIENTO/ HOJAS DE OXITOCINA, REGISTROS CARDIOTOCOGRÁFICOS,

INFORMES EVOLUTIVOS, HOJAS DE ENFERMERIA toda vez que hasta la fecha no han sido entregados a mi representada.

(...) ».

2. Mediante Resolución de 21 de enero de 2020, de la Directora del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente

conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. En fecha 23 de enero de 2020 se solicita del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS (en adelante, SIP) el informe oportuno, en particular, en atención al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión.

4. Con fecha 22 de septiembre de 2022, consta registrado el informe del SIP, referido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a la paciente, adjuntando los informes médicos preceptivos del Servicio de Obstetricia y Ginecología (art. 81.1 LPACAP). Constan los siguientes antecedentes de hecho:

« (...) Control gestación normal en primíparas Control por Atención Primaria, Tocólogo y Matrona de zona, se realizan los screening diagnósticos pautados, las ecografías (...) ».

El médico de A.P. escribe el 21 de mayo de 2018 en historial clínico que a la señora se le realizó el 17 de mayo biopsia de vellosidades coriónicas que resulta normal. Ecografía obstétrica a las 22 semanas normal.

En la ecografía morfológica a las 27 semanas mas 6 días diagnóstico de pielectasia renal unilateral izquierda, carácter leve, resto sin alteraciones, igual diagnóstico en la ECO morfológica de la semana 32: pielectasia leve izquierda.

El día 20 de noviembre es valorada por su tocólogo con 40 semanas mas 6 días. No dinámica uterina, no sangrado, no expulsión de meconio, ctes normales, peso y talla normal, frecuencia cardíaca fetal normal, presentación cefálica. Cita en semana 41 mas 2 para realizar ingreso para finalización de gestación. Realiza ecografía. El tocólogo deja hueco en la agenda maduración cervical, para inducción el 26 de noviembre de 2018.

2.- El 21 de noviembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del H. Materno-Infantil por iniciativa propia debido a dinámica uterina irregular en gestación de mas de 34 semanas. Refiere sangrado uterino irregular menor que una regla. Edad gestacional 41 semanas. Valoración general y obstétrica: TAS 102 . TAD 60 . FC 84 latidos por minuto. Tª 36,3 Temperatura en grados Celsius. Frecuencia Cardíaca Fetal Normal

Exploración obstétrico-ginecológica: BEG (buen estado general). GEN (gestación normal). Altura uterina corresponde. No hipertonía. Vagina de aspecto normal sin sangrado ni restos de sangre. No fluye líquido. TV.- Cervix en posición media borrado 70% y de consistencia media. Dilatado 1cm. Cefálica SES.

Diagnóstico al alta: no urgencia obstétrica hospitalaria.

Recomendaciones al alta: control por tocólogo y matrona de zona. Volver si: Aumento de dinámica. Rotura de bolsa. Disminución de movimientos fetales. Sangrado como regla o mayor o Fiebre. Tipo de alta: domicilio (...).

3.- El 22 de noviembre la matrona anota en historial: G1 en semana 41+1 acude por DU. Valoración médica: por iniciativa Propia. Semiurgente. Motivo Consulta: Dinámica uterina irregular, mayor que 34s. Observaciones Dolor abdominal. Alergias Desconocido . Grupo Sanguíneo O (+). Edad Gestacional (cronológica) 41 semanas + 1 días. ¿Existe factor de riesgo? No. Ctes. normales. Tª 36,7 Temperatura en grados Celsius. Frecuencia Cardíaca Fetal Normal. Inicio TNE (control prenatal del bienestar fetal). RCTG (registro cardiotocográfico) reactivo, no desacelerativo, DU (dinámica uterina) prodrómica. Pasa a puerta para valoración médico.

Exploración obstétrico-ginecológica: BE(...) GEN. Altura uterina corresponde. No hipertonía. Vagina de aspecto normal sin sangrado ni restos de sangre. No fluye líquido. TV.- Cervix dilatado 1cm, en posición media borrado 100% y de consistencia blanda. Cefálica. No urgencia obstétrica hospitalaria.

Recomendaciones al alta: Control por tocólogo y matrona de zona. Volver si: Aumento de dinámica. Rotura de bolsa. Disminución de movimientos fetales. Sangrado como regla o mayor. Fiebre. Tipo de alta: Destino Domicilio.

El 23 de noviembre de 2018, edad 32 años, 42+2 s. ingresa por urgencias en el Hospital Materno-Infantil, por rotura prematura de membranas con líquido amniótico claro. Primigesta de 41 semanas mas 2 de gestación que pasa de triaje por rotura prematura de bolsa y líquido amniótico claro. Se realiza RCTG, analítica completa. Sube a planta tras explicarle los signos de alarma. Pauta: "Bajar a expectantes para TNE ventana (TEST NO ESTRESANTE (TNE) o RCTG) a las 13,30 horas". A esta hora baja y el TNE ventana se realiza, se indica subir a planta por orden médica. TNE reactivo no desacelerativo. FCF (frecuencia cardíaca fetal) de 150 lpm. buena variabilidad ascensos transitorios, dinámica irregular. Avisar si signos de alarma. Siguen controles, estable. A las 20 horas del día 23 de noviembre la paciente avisa por sentirse agobiada. Se escucha TNE con monitor un rato hasta que la paciente se tranquiliza, se le dan pautas para los pródromos de parto, se explica y se vuelve a encontrarse inquieta que avise, anotaciones de matrona, fluye líquido claro. La paciente refiere que solo percibe dinámica escasa e irregular.

Sobre las 23 horas avisan por aumento de dinámica, vista por matrona, baja al paritorio. Pasa a paritorio a las 23 horas del día 23 de noviembre con trabajo de parto, pasando a la sala de dilatación de paritorio.

A la 01:20 hora hay un RCTG con tres desaceleraciones variables aisladas , con buena variabilidad y que se normaliza.

A las 04:30 horas se valora RCTG presenta desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones, se procede entonces a realizar el PH de calota fetal corregido de 7,27 a las 4,43 horas, normal. El bienestar fetal no está comprometido.

B) PARTO Y POSTPARTO.

4.- Como decíamos los médicos acuden a valorar paciente a las 4 y media de la madrugada, con registro desacelerativo, con desaceleraciones tardías en los últimos 60 minutos, en menos del 50% de las contracciones. Cervix dilatado 3-5 cm- PH de calota fetal normal.

Diagnóstico sobre las 04:57 horas del día 24 de corioamnionitis, tratamiento según protocolo, normalizándose el RCF tras el tratamiento.

Tratan según protocolo con antibioterapia ya antitérmicos Buena respuesta antibioterapia. A las 2 horas y media tras la primera medición del PH, a las 7:28 horas se realiza nuevo PH de calota fetal por corioamnionitis con resultado patológico PH de 7,16, por lo que se indica cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

A las 7 y media del día 24 pasa a quirófano en camilla, avisados anestesia y reanimación. Líquido amniótico teñido y fétido. Indicación de cesárea urgente por riesgo al bienestar fetal, por PH patológico, corioamnionitis y líquido teñido. Monitorización completa (...) . Cirugía sin incidencias. Feto nacido vivo sobre las 07:35 horas. Día 24 de noviembre. Peso al nacer 3.715 gramos. Apgar 3/5. Tras la cesárea el RN empeora estado clínico. Resumen al nacer: AP: Embarazo controlado. Ecografías: pielectasia izquierda leve. Serología negativa, rubeola inmune. Exudado vaginorrectal negativo. Parto inducido y finalización por cesárea urgente a las 41+2 semanas de edad gestacional por corioamnionitis materna y sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal. Tiempo de bolsa rota: 31 h. Apgar 3/5. Aspiración traqueal positiva, LA meconial verdoso fétida. REA IV. Intubación 1º minuto. Asfixia perinatal, depresión neonatal inmediata.

Reanimación neonatal. Neonato se traslada a UCIN (Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales) y madre a Reanimación. Rx de tórax con portátil.

5.- La madre se deteriora clínica y analíticamente tras el parto, por lo que se intuba y traslada a servicio de REA (reanimación) donde ingresa inestable hemodinámicamente, con corioamnionitis y shock. Tratándose como shock cardiogénico por probable miocardiopatía periparto asociada a corioamnionitis. Valorada por ginecólogo, anestesista (...) . Se inicia tratamiento y pruebas, ingresada en Reanimación y tras escasa respuesta se traslada al Hospital Insular desde el materno. A su llegada valoración por cardiología. Ingreso en Reanimación.

Se hace entre otras pruebas analítica, hemocultivos, gasometría, ecocardiografía transtorácica, TAC, EKG (...) Tratamiento médico con antibioterapia. Rx de control. Se

explica a la paciente que va a realizarle intubación orotraqueal Administración medicamentos. Dos días intubada. Rx tórax resulta normal. Sospecha de tromboembolismo pulmonar. Se realiza TAC de tórax- arterias pulmonares el 24 de noviembre de 2018. No se identifican signos de tromboembolismo pulmonar. Si se informa de datos indirectos de ICC (insuficiencia cardíaca congestiva) y dilatación de cavidades izquierdas. Seguimiento por cardiología: Ekg normal. Se solicita ecocardiografía y resulta hallazgo de disfunción de ventrículo izquierdo moderado, insuficiencia mitral moderada, situación de edema agudo de pulmón y shock cardiogénico, se sospecha miocardiopatía periparto como primer diagnóstico.

Dada evolución favorable alta en reanimación el 28 de noviembre de 2018. Sube a planta. Se realiza interconsulta a cardiología, servicio que solicita el 29 de noviembre ECO transtorácico.

En planta se halla colonización Klebsiella (bacteria). Control igualmente con la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Juicio clínico sepsis por Streptococo del grupo Viridans secundario a corioamnionitis.

El 3 de diciembre de 2018 traslado a planta de cardiología, dado sospechas clínicas. Traslado por miocardiopatía periparto-miocardiopatía por stress. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

Igualmente se realiza RM de corazón el día 3 de diciembre de 2018, concluyendo que presenta signos sugestivos de miocarditis con edema y realce de contraste tardío subepicárdico (...) Conclusión: miocarditis aguda. El 7 de diciembre estable, inicia deambulaci3n. El 11 de diciembre alta con seguimiento en Consulta Externa de Cardiología.

25-jul-2019 Consultas Externas de Cardiología del CHUIMI:

Resumen Evolutivo: Mujer de 33 años sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Cesárea en noviembre de 2018 por corioamnionitis. Insuficiencia respiratoria y shock que precisa IOT. Disfunción sistólica VI severa. RMN cardíaca compatible con miocarditis aguda. Normalización progresiva de la funci3n ventricular, al alta disfunci3n ligera.

EA: Asintomática. Buena clase funcional. No ortopnea ni DPN. ECG ritmo sinusal normal. Analítica normal. Ecocardiograma: normal. Alta hospitalaria. Alta en consultas externa.

6.- Recién Nacido. (...) -

El R.N. pasa a UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) tras nacer, el 24 de noviembre de 2018. Se instaura tto. médico, tanto el día 24 como el 25 sufre desaturaci3n oxígeno e hipotensi3n que mejora, paciente sedado. Rx de tórax. Ecografía transfontanelar el 26 de noviembre y Ecografía de abdomen: Impresi3n diagn3stica. Datos de lesi3n hip3xico-isquémica cerebral en evoluci3n. Significativa dilataci3n del tracto urinario de ambos lados (urétero-hidronefrosis grado II-III) mayor en el izquierdo. Nueva Rx de tórax.

Se realiza interconsulta de pediatría a cardiología. El 26 de diciembre, 2 días de vida: Rx tórax con datos de hipertensión pulmonar. Seguimiento con controles radiográficos y clínicos.

Día 27 Rx portátil: bien colocado tubo endotraqueal, sonda nasogástrica igual, vía umbilical con extremo distal a aurícula Dr. discreto derrame pleural bilateral.

Empeoramiento durante la noche del día 30 de noviembre. Con respirador, tubo endotraqueal. Sonda nasogástrica Transfundido. Ecografía transfontanelar del 30 de noviembre persiste datos de hipoxia isquémica cerebral en evolución. Ecografía abdominal del 30 de noviembre donde persisten los datos de uropatía obstructiva en ambos riñones y uréteres, mas evidente en lado izquierdo.

El 1 de diciembre existencia de mejoría lenta con estabilidad clínica desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. Transfusión de concentrado de hematíes. Neurológicamente se empieza a mover tras retirada del relajante. Hemocultivos previos negativos. A la Rx de tórax posible neumonía derecha.

El día 3 de diciembre neumotórax izquierdo que se drena. Consolidación en base derecha. Sigue control radiográfico días siguientes. Mejoría radiológica en días sucesivos.

El día 6 de diciembre de 2018 los médicos del servicio anotan en historial clínico: hipertensión pulmonar, SAM, asfixia perinatal, Sepsis, Neumotórax resuelto con drenaje cerrado. Siguen mejorando todos los parámetros, con empeoramientos puntuales respiratorios en los días sucesivos. Rx de tórax 10 de diciembre neumotórax. El 10 de diciembre ecografía transfontanelar sin hallazgos de significado patológico. Eco de abdomen Ureterohidronefrosis izquierda.

El día 13 de diciembre en Rx de tórax se observa que el neumotórax a tensión se trata, se drena, y resuelven el mismo. Se observa mejoría siguientes fechas. Se extuba por segunda vez el 19 de diciembre de 2018.

El 21 de diciembre respuesta a interconsulta al Servicio de Rehabilitación, escriben en historial: "plan: hago ficha para fisioterapia respiratoria y estimulación, al alta citar en CCEE de RHB". 21 de diciembre: Ecografía transfontanelar del 21 de diciembre de 2018 sin alteraciones ni en parénquima cerebral, ventrículos, vascularización (...) sin alteraciones. Ecografía abdomen, 25 días de vida : diagnóstico prenatal de uterohidronefrosis bilateral. En mejoría últimos controles, actualmente en situación de mejoría clínica, sin sondaje vesical desde hace 24 horas. En el riñón izquierdo se observa persistencia de uterohidronefrosis. Siguen controles.

El 4 de enero anotan respuesta a interconsulta a nefrología resultados: dilatación de pelvis renal izquierda prenatal. Dilatación tracto urinario bilateral postnatal. Normalización vía urinaria Dr. Ureterohidronefrosis izquierda actual. Hallazgos compatibles con megauréter

izquierdo. Se solicita CUMS:-Ureterocistografía Miccional Seriada. Interconsulta a neurología hospitalaria. Solicitud de RMN cerebral.

7.- El 8 de enero de 2019 es valorado en neonatos por Servicio de Neurología examen neurológico: PC 38.5 cm (P75). FA 2x3 NT. Vigil, conectado, fija y sigue con la mirada. Buen sostén cefálico. Reflejos arcaicos normales, excepto déficit succión-deglución y reflejo búsqueda puntos cardinales. Lleva SN(...) Tono: tiende a incluir pulgares, buen tono axial, AP 120 grados. Trofismo, fuerza, sensibilidad, cerebelo y pares normales. ROTS (reflejos): hiperreflexia en 4 extremidades, difusión transmedular en MI (...) (...) Diagnósticos: piramidalismo generalizado y trastorno succión-deglución en probable relación a encefalopatía hipóxico-isquémico grado II (...) (...) - Enviar al alta a Consultas Externas de Neurología. Se recomienda RMN cráneo.

El 10 de enero de 2019 el Fisioterapeuta anota: "(...) presenta durante las sesiones mayor fijación y seguimiento de la mirada, no presenta estrabismo. Aparece sonrisa social. Presenta ligero temblor y tono ligeramente aumentado al despertar. La succión es buena y efectiva, hay ánimo de comer. La deglución es dificultosa y llega a vomitar.

RMN el 11 de enero de 2019: lactante de 45 días, nacido a término con asfixia perinatal en quien no se pudo realizar hipotermia por hipertensión pulmonar grave secundaria, aspiración meconial, en situación crítica las primeras semanas de vida. Presenta alteración neurológica: trastorno de succión deglución e hiperreflexia por lo que ruego descartar afectación intracraneal por encefalopatía hipóxico isquémica. Técnica y comentario: Se realiza RM de cerebro con secuencias: Dilatación significativa de ambos ventrículos laterales (índice de Evans de 0,36) y de tercer ventrículo (8,6 mm) con edema transependimario de acumulación en los ángulos de las astas frontales de VL, hallazgos compatible con hidrocefalia supratentorial probablemente obstructiva . No se identifican cambios de señal en el parénquima cerebral ni cerebeloso que indiquen patología inflamatoria o neoplásica, con correcta diferenciación de sustancia blanca - gris y conformación de surcos corticales, sin trastornos de la migración evidentes. Patrón de linealización de la sustancia blanca adecuado la edad del paciente. No se identifican colecciones intra ni extraaxiales. Vasculatura intracraneal sin hallazgos significativos y sin objetivar signos de trombosis de senos venosos. La glándula hipofisaria y la unión cráneo- vertebral están dentro de límites normales. No se objetivan lesiones óseas. Sin otros hallazgos significativos. Impresión diagnóstica RMN: Dilatación significativa de ambos ventrículos laterales (índice de Evans de 0,36) y de tercer ventrículo (8,6 mm) con edema transependimario de acumulación en los ángulos de las astas frontales de VL, hallazgos compatible con hidrocefalia supratentorial probablemente obstructiva. Interconsulta Neurología pediátrica y Neurocirugía solicitada en enero de 2019.

El 14 de enero de 2019 valorado por neurocirugía que anota en historial clínico: se trata de un paciente con dilatación ventricular (no hidrocefalica) que se debe mantener en observación ingresado o en CCEE de neurocirugía tras el alta.

El 21 de enero ecografía abdominal persistencia uterohidronefrosis en riñón izquierdo y ectasia pielocalicilar derecha. trasladado a planta el 21 de enero. interconsulta a digestivo y fisioterapia, consultas externas de nefrología, CEE de neurocirugía, de neonatología. Siguen controles ecográficos.

El 22 de enero según historial clínico: el paciente se alimenta por boca, completándose con sonda nasogástrica lo que no tome por boca. Interconsulta al servicio de rehabilitación.

Diagnósticos el 23 de enero de 2019 -Depresión neonatal. -Hipertensión pulmonar persistente neonatal. -Síndrome de aspiración meconial. -Sepsis clínica-analítica tardía.

-CID. Ventriculomegalia bilateral. -Ductus arterioso persistente. -Anemia multifactorial. - Ureterohidronefrosis izquierda. -Ventriculomegalia cerebral. -ITU por BLEE+. Se siguen realizando controles ecográficos y clínicos de la ureterohidronefrosis izquierda grado III, previamente grado IV.

8.- Resumen estancia UCIN: hipertensión pulmonar en controles ecográficos ya resuelto. Intubado durante 25 días. Ventilación mecánica no invasiva 4 días. Tiempo total de oxigenoterapia 28 días. Recibió corticoterapia, inicialmente hidrocortisona como coadyuvante del soporte inotrópico, y a partir de los 13 días de vida con Metilprednisolona como tto antiinflamatorio por crisis de broncoespasmo tratadas con Ventolín y Atrovent. Neumotórax a tensión con tubo de drenaje a los 9 días de vida (retirada definitiva del tubo de drenaje a los 24 días de vida).

-Infeccioso: a su ingreso se inicia tto con Ampicilina + Gentamicina, añadiéndose Cefotaxima al quinto día por mala evolución y alteración analítica. Todos los cultivos extraídos hasta el momento han sido negativos, a excepción de urocultivo extraído el 18/01 previo a la realización de CUMS, donde se objetiva BLEE+, estando actualmente en tratamiento con Meropenem Administrada primera dosis de Palataliza el 16/01.

-Digestivo: problemas con la nutrición enteral, la cual precisa SNG para completar tomas. En tratamiento con Omeprazol por RGE.

-Neurológico: sedoanalgesiado y con relajación muscular (Fentanilo y Rocuronio hasta los 20 días de vida). Posteriormente tratado con Midazolam, Clonidina, Dexmedetomidina y Morfina, suspendidos a los 41 días de vida. En ecografías TNF se observa dilatación ventricular, corroborado posteriormente en RMN cerebral (hidrocefalia probablemente obstructiva); valorado posteriormente por neurocirugía quien diagnostica de hidrocefalia NO obstructiva y recomienda control en consultas externas de neurocirugía.

-Metabólico/renal: dilatación pelvis renal izquierda prenatal. Dilatación bilateral tracto urinario posnatal; normalización de vía derecha, la izquierda continua dilatada. En tratamiento profiláctico con Amoxicilina Pendiente de realizar CUMS. Función renal normal.

Otros Diagnósticos -Depresión neonatal. -Hipertensión pulmonar persistente neonatal.

-Síndrome de aspiración meconial. -Sepsis clínica-analítica tardía. -CID. Ventriculomegalia bilateral. -Ductus arterioso persistente. -Anemia multifactorial. -Ureterohidronefrosis izquierda. -ITU por BLEE+. Aislamiento de contacto.

Solicitud interconsulta a Digestivo y Fisioterapia.

El 22 de enero: el paciente seguirá pauta de alimentación oral y lo que no tome por boca lo hará por SN(...) Rehabilitación anota: "continuamos con tratamiento de estimulación".

Nuevo control Neurología 23 de enero de 2019: 2 meses. Examen neurológico: PC 39.3 cm (P50). FA 2x3 NT. Vigil, conectado, fija y sigue con la mirada. Buen sostén cefálico. Reflejos arcaicos en remisión, excepto déficit succión-deglución. Lleva SN(...) Tono: ya no tiende a incluir pulgares, buen tono axial, AP 110 grados. Trofismo, fuerza, sensibilidad, cerebelo y pares normales. ROTs: hiperreflexia en 4 extremidades, sin difusión transmedular en MI. Sigue mejoría lenta y progresiva.

La RMN fue consultada en el 12 octubre (abuelos médicos) y descartaron hidrocefalia activa, lo atribuyeron a EHI (encefalopatía hipóxico isquémica) con leucomalacia, con evolución algo atípica. Sugieren control metabólico y RMN en 2-3 meses. Diagnósticos: (...) . Piramidalismo generalizado y trastorno succión-deglución en Probable relación a encefalopatía hipóxico-isquémico grado II (...) . Solicito Reference. Control por CEE Neurología. Control neurológico a los 4 meses

- Carcajadas: 4 meses - Lleva manos a línea media - Lenguaje: balbuceo, ajó.

- Reference: test CDT, Acilcarnitinas, AA y AO en sangre y orina normales. Cree que mueve más el derecho que el izquierdo, pero mueve también el izdo. Sin sonda NSG desde el 3º mes. Ya consigue la coordinación succión-deglución. Será visto en RHB en 1 semana. Ha sido controlado en Neurología Hospital 12 Octubre: le repitieron la RMN que estaba igual (ventriculomegalia por atrofia, SB normal). Examen neurológico: PC 42 cm (P50). FA 2x2 NT. Peso 5,9 k(...) Vigil, conectado, fija y sigue con la mirada. Buen sostén cefálico. Tono: leve hipotonía axial, ya no hipertonía. AP 120 grados. Trofismo, fuerza, sensibilidad, cerebelo, pares normales. ROTs vivos con aumento del área R. local. Al alta control Tb con Rehabilitación y Digestivo. Valorado por nefrología el 18 de enero se aísla bacteria Escherichia Colli en orina controles, cultivos y tratamientos posteriormente, hemocultivo negativo. Nuevo urocultivo y ecografía abdominal.

Sube a planta Pediatría desde la UCIN. Ingreso en UCIN desde su nacimiento hasta los 59 días de vida.

El 24 de enero de 2019, ecografía de abdomen refleja mejoría de la uterohidronefrosis, actualmente grado III, previo grado IV. buen estado general. sigue con la mirada, se ríe, buen tono. Tonos cardíacos normales (...) distintas analíticas realizadas, buena evolución.

El 25 de enero es valorado por el servicio de digestivo: que instruye sobre la alimentación y sondaje.

El Dr (...) habla para que el paciente pueda irse para casa con bomba de infusión de alimentación.

El 30 de enero urinocultivo negativo, realizada Cistografía 30/01/19: Vejiga correctamente replecionada sin defectos de replección en su interior ni otras alteraciones. Durante la exploración no se objetiva reflujo vésicoureteral, residuo vesical moderado.

Resumen evolutivo 30 de enero: La madre refiere mejoría de los síntomas del reflujo. Tomas por boca y por SN(...) Valorado por neurología, quien solicita estudio Reference y metabolopatías, pendiente de resultados (derivar a CCEE de neurología y rehabilitación tras el alta). Examen físico: buen estado general normocoloreado, normohidratado, eupneico, durmiendo en brazos de la madre.

Desde el 20-02-2019 ya no está con la sonda nasogástrica.

Alimentación: 600-780 ml/día.

Hace tomas entre 85-130ml. Nidina 1 (sin cereales). Tomas cada tres horas. En general no refieren que presente regurgitaciones ni vómitos. Deposiciones grumosas en nº de una al día o a días alternos. No sangrado con las deposiciones. Duerme bien. No incidencias clínicas digestivas que resaltar. En la actualidad ha mejorado notablemente de la sintomatología del RGE y las tomas son orales (ya no lleva la sonda nasogástrica).

Control servicio de digestivo, consultas, 19 de marzo de 2019, tras alta hospitalario: "A control tras el alta hospitalaria. En domicilio con bomba de nutrición y sonda nasogástrica. Embarazo controlado. Ecografías prenatales: pielectasia izquierda leve. Serología negativa, rubeola inmune. Exudado vaginorrectal negativo. Cesárea urgente a las 41+2 semanas de edad gestacional por corioamnionitis materna y riesgo de pérdida de bienestar fetal. Tiempo de bolsa rota: 31 h. Apgar 3/5. Aspiración traqueal positiva. Líquido amniótico meconial verdoso fétido. REA IV. Intubación 10 minuto. No alergias medicamentosas conocidas. PN: 34675g

Patológicos: ingreso en UCIN desde su nacimiento hasta los 59 días de vida. Diagnostico al alta de depresión neonatal, foramen oval permeable, hipertensión pulmonar, persistente neonatal, síndrome de aspiración meconial, depresión neonatal por medicación en la madre, sepsis tardía, coagulación intravascular diseminada, ventriculomegalia cerebral bilateral, ureterohidronefrosis izquierda.

Digestivo: problemas con la nutrición enteral, la cual precisa SNG para completar tomas, otros antecedentes diagnóstico: trastorno de succión deglución en probable relación a EHI grado II reflujo gastroesofágico, ureterohidronefrosis izquierda, ventriculomegalia bilateral portador de E. Coli Blee positivo sospecha de ITU por E. Coli Blee positivo. foramen oval permeable Anamnesis (enfermedad actual). Desde el 20-02-2019 ya no está con la sonda nasogástrica. Tomas cada tres horas. En general no refieren que presente regurgitaciones ni

vómitos. Deposiciones grumosas en nº de una al día o a días alternos. No sangrado con las deposiciones. Duerme bien. No incidencias clínicas digestivas que resaltar. Exploración Física General EF: BE(...) Eutrófico. No signos de desnutrición. Armónico. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Peso: 5,690kg (P3). Talla: 62cm (P50).

Juicio Diagnóstico Soporte nutricional por trastorno en la succión-deglución y RGE. En la actualidad ha mejorado notablemente de la sintomatología del RGE y las tomas son orales (ya no lleva la sonda nasogástrica).

Nuevo control Neurología a los 4 meses. marzo 2019.

- Carcajadas: 4 meses - Lleva manos a línea media - Lenguaje: balbuceo, ajó.

- Reference: test CDT, Acilcarnitinas, AA y AO en sangre y orina normales.

Cree que mueve más el derecho que el izquierdo, pero mueve también el izdo. Sin sonda NSG desde el 3º mes. Ya consigue la coordinación succión-deglución. Será visto en RHB en 1 semana. Ha sido controlado en Neurología Hospital 12 Octubre: le repitieron la RMN que estaba igual (ventriculomegalia por atrofia, SB normal). Exámen neurológico: PC 42 cm (P50). FA 2x2 NT. PESO 5,9 k(...) Vigil, conectado, fija y sigue con la mirada. Buen sostén cefálico. Tono: leve hipotonía axial, ya no hipertonía. AP 120 grados. Trofismo, fuerza, sensibilidad, cerebelo, pares normales. ROTs vivos con aumento del área R. local.

Historia de rehabilitación 2 de abril de 2019. Enfermedad Actual: 4 meses. Los padres lo encuentran bien. Succiona bien, aunque no come mucho. Lo ven atento, sigue la mirada, se ríe en correspondencia. Sostén cefálico, eleva la cabeza en DP. No volteos, coge la chupa, se cambia cosas de mano, inicialmente movía menos el MSD.

Exploración Física: Vigil, conectado, sonrisa social. BA: libre global. Tono muscular normal. Moviliza MM simétricamente. Buen control cefálico. Adelanta la cabeza a la tracción de MMSS desde DS. Correcto apoyo en DP. Semivolteos. Raquis alineado. Caderas: Galeazzi -, abducción libre. Pies normales. Plan: seguir estimulación en domicilio y controles, rev 2 meses.

El 14 de mayo de 2019 control Digestivo. Seguimiento Control lactante de 5 meses de edad con antecedentes de trastorno de succión-deglución. Mejor del RGE con menos regurgitaciones, sin llanto y sin rechazo de las comidas

Sigue tratamiento con Ranitidina 1 ml (15 mgrs) cada 12 horas. Sigue tratamiento con Ciprofloxacino solución oral (100 mg/ml) 0.6 ml cada 24 horas, como profilaxis de ITU. Peso: 6,482 gr (<p 3). Talla: 66 cms (p 50).

Sigue controles en Nefrología, Neurología y Cardiología: "Recomendamos iniciar de forma progresiva frutas no ácidas y al sexto mes puré de verduras, carne, fórmula de continuación y cereales con gluten según control por su pediatra. Valorar tratamiento con Casen lax jarabe 8 ml al día a partir del sexto mes si mantuviera estreñimiento".

Consultas externas de digestivo el 23 de julio de 2019. Ingresado en Hospital 12 Octubre en abril de 2019 por ITU. Buena evolución del RGE. Presenta algunas regurgitaciones (...) Come bien, incluyendo la alimentación complementaria. Estreñimiento habitual por lo que toma casenlax. Retirada Ranitidina Sigue tratamiento con Ciprofloxacino solución oral (100 mg/ml) 0.6 ml cada 24 horas, como profilaxis de ITU Peso:7310 gr (p 3-10). Talla: 71 cms (p 50-75)

Sigue controles en Nefrología, Neurología y Cardiología

Controlado en Neurología, Nefrología y Urología del 12 de Octubre de Madrid. Plan Diagnóstico-Terapéutico: - Control en diciembre 2019. Ecografía abdominal 23/01/19: En el riñón izquierdo de aproximadamente 6 cm de diámetro interpolar), con mejoría de la ureterohidronefrosis, actualmente grado III (previo grado IV). Diámetro de la pelvis AP de 12 mm (previa 22 mm), dilatación del uréter aunque menor: proximal de 7 mm (previa 12 mm) y distal de 5 mm (previa de 11 mm). Grosor cortical disminuido (4 mm). No se observa liquido libre intraabdominal. Riñones derecho de tamaño normal, con grosor cortical conservado, sin signos de uropatía obstructiva. Vejiga repleccionada, sin sedimento en su interior. Resto del estudio: hígado, vesícula y vías biliares y bazo sin alteraciones.

Cistografía 30/01/19: Vejiga correctamente repleccionada sin defectos de repleción en su interior ni otras alteraciones. Durante la exploración no se objetiva reflujo vesicoureteral.

El 13 de junio de 2019 estudio y revisión cardiológica en Hospital Materno Infantil, el diagnóstico final es de soplo funcional, "cardiológicamente normal en la actualidad".

Control Digestivo en julio de 2019. Buena evolución del RGE. Presenta algunas regurgitaciones. Suspendida la Ranitidina. Come bien, incluyendo la alimentación complementaria. Estreñimiento habitual por lo que toma Casenlax Rehabilitación julio de 2019. Resumen evolutivo 7 meses. Los padres lo encuentran bien. Pasa a sedestación, rept, usa ambas manos, lo ven atento (...) Succiona bien, usa la cuchara.

Exploración Física: Vigil, conectado, sonrisa social. BA: libre global. Tono muscular normal. Moviliza MM simétricamente. Buen control de tronco en sedestación, reacciones de apoyo laterales. Reptación. Raquis alineado. Caderas: Galeazzi -, abducción libre. Pies normales. Manipula con ambas manos.

Plan: seguir estimulación en domicilio y controles, rev 5-6 meses. El 24 de septiembre de 2019, está ingresado tras traslado en hospital Primero de Octubre de Madrid en planta de pediatría-nefrología donde estuvo hasta el 3 de mayo de 2019, por sospecha de pielonefritis, es estudiado y tratado con sospecha de pionefrosis, al alta el 3 de mayo de 2019 anotan conclusiones: uterohidronefrosis grado III-IV izquierda sin cambios significativos, actualmente sin signos de pionefrosis.

Rehabilitación 20 de enero de 2020. 13 meses y 2 semanas y media. Los padres lo encuentran bien. No independientes, da pasos laterales con apoyos. Come bien. Primeras palabras. No acude a guardería.

Exploración Física: Muy irritable en la exploración. Manipulación no es valorable. (según los padres encaja). Moviliza 4 miembros simétricamente. Tono normal. Sedestación con buen control cefálico y de tronco. Gateo no valorable. Se mantiene en bipedestación con apoyo de la madre. Marcha con ayuda no es valorable no lo quiere hacer ni siquiera con la ayuda de los padres. Pies, raquis y caderas normales.

Plan: 1.- Seguir estimulación en domicilio. 2.- Revisión en 3 meses, valorar si hay marcha en caso contrario valorar poner en tratamiento. Hablo del calzado adecuado.

El 17 de marzo de 2020 historia clínica de Nefrología anotan: en 2019 (...) . visto por Urología le colocaron doble J el 30 de mayo y retiraron en julio.

En septiembre 19: ECO: riñón derecho 60 mm Normal. RI 73 mm con aumento de dilatación pielocalicial grado 2/4. mejor que el previo y pelvis de 7 mm. uréteres no dilatados. vejiga no dilata. suspenden profilaxis en oct 2019

El 25 febrero nueva ECO pelvis 11 Y ureter 7.5 . Renograma: mejoría (...) (...) (...) .

El 22 de julio de 2020 servicio de rehabilitación del CHUIMI- Consultas Externas: Paciente de 19 meses, con los antecedentes personales descritos, que ha seguido controles en nuestra consulta, con desarrollo psicomotor correcto. Marcha independiente a los 15 meses.

Exploración física: Conectado, sonriente. Obedece órdenes sencillas. BA: libre global. Tono muscular normal. Moviliza MM simétricamente. Raquis alineado. No flechas ni gibas.

Bipedestación y marcha independiente, con buen patrón. Hace pinza correctamente, manipula con ambas manos.

Tratamiento: Plan: Alta, control por su pediatra .

Sucesiva nefrología 03-nov-2021 12:11

Seguimiento: ureterohidronefrosis izquierda grado III. ITU por E.Coli Blee positivo, otros diagnósticos: trastorno de succión-deglución en probable relación a EHI (encefalopaía hipósica isquémica) grado II, reflujo gastroesofágico, ventriculomegalia bilateral foramen oval permeable, evolución asintomático, no ITU. Refiere su madre que retiene la orina y que va pocas veces al baño, de resto sin problemas. expl compl ecografía abdominal 03/11/21: RD (riñón derecho) 68 mm, normal. RI 78 mm con ectasia piélica de 5 mm, no dilatación calicial, ni ureteral actualmente. UPlan diagnósticoterapéutico: control en 1 año con ECO.

El 25-nov-2021, revisión en atención primaria, pediatría:

- Exploración: piel y faneras: Normal. Cabeza: Normal. Exploración ORL: Normal. Oídos: Normal. Ojos: Normal. Boca: Normal. Exploración general del cuello: Normal. Tórax: Normal.

AUSCULTACIÓN PULMONAR: Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin sibilancias, ni roncus, ni crepitantes, ni roces pleurales.

EXPLORACIÓN CARDÍACA: Normal. Ombligo: Normal. APARATO LOCOMOTOR: Normal. EXTREMIDADES: Sin hallazgos exploratorios en extremidades. Inspección de columna: Normal. MOVILIDAD DE CADERA: Normal. SISTEMA NERVIOSO: Consciente, orientado, atento, con lenguaje adecuado, postura y marcha normal. No focalidad neurológica. No rigidez nuca ni otros signos meníngeos. Sin alteración pares craneales (...) Genitales: Normal (...) ».

El SIP, tras haber realizado un estudio de los antecedentes de hecho correspondientes a la paciente, concluye en los siguientes términos:

« (...) 1.- Tras la rotura de bolsa se puede esperar hasta 48 horas hasta que el parto se desarrolle de forma espontánea. En el caso presente esto se cumple. El parto se inicia espontáneamente.

En el CHUIMI nos refiere el informe especialista: “se aconseja esperar 24 horas antes de iniciar la finalización de la gestación” esperando el desarrollo normal, evitando la inducción que puede acarrear complicaciones.

2.- El hallazgo puntual a la 1:20 horas de día 24 de tres desaceleraciones variables moderadas sin otro fallo, que recupera tras tto para hipotensión leve después de analgesia epidural, no se considera un RCTG patológico.

3.- Sobre el PH de calota fetal realizado en dos ocasiones sabemos que:

a.- “A las 04:30 horas del día 24 la matrona responsable avisa al equipo de guardia para valorar el RCF, presentando desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones por lo que se procede a realizar pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal, resultando un pH de 7,17, pCO₂: 62 y Exceso de Base: -6,8, pH corregido de 7,27 (normal). A su vez se atiende a la madre

b.- A partir de las 04:43 hora se inician pruebas y el diagnóstico de corioamnionitis (clínica mas analíticas), 04:57 horas diagnóstico, ante ello indican tratamiento, según protocolo, normalizándose el RCF tras administración del mismo, así como clínica de la Sra gestante. Se necesita una acidosis metabólica para producir un alteración neurológica en el feto, y, en estos momentos el PH era normal.

c.- Dos horas y media tras el diagnóstico (07:28 horas) se realiza nuevo pH de calota fetal ante el diagnóstico de corioamnionitis aunque con buena respuesta al tratamiento médico.

A la exploración se encuentra con 5 centímetros de dilatación, cérvix blando, borrado y centrado, líquido amniótico teñido +++. el resultado del pH es de: 6,82, pCO₂: 92 y Exceso de Base:-20, pH corregido: 7,16, por lo que se indica cesárea urgente por Riesgo de Pérdida de

Bienestar Fetal (RPBF). Se realiza la extracción fetal a las 07:35 horas. Se realiza cesárea urgente.

Por tanto: aunque la recomendación por protocolo es de realizar comprobación de bienestar fetal a las 4-5 horas del PH previo normal, se adelantó dicha prueba unas 2 horas, se realiza nuevo PH de calota fetal, resultando éste entonces patológico, realizándose rápidamente intervención, cesárea por Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal.

4.- Dado el estudio realizado de la historia clínica, informes, pruebas (...) . Llegamos a discurrir que:

-La coriamnionitis es causa de la miocardiopatía aguda materna.

-La corioamnionitis fue diagnosticada y tratada.

-Las consecuencias de la infección no es achacable a falta de diagnóstico ni de tratamiento, porque éste fue realizado en su momento. Cada individuo responderá por sí mismo, puede no tener consecuencias maternas posteriores o puede tenerlas.

5.- Tras el nacimiento de (...) Peñas C. se hizo todo lo debido para preservar y mejorar la vida del RN y de la madre.

a.- La madre, (...), sufre miocarditis aguda por complicaciones tras corioamnionitis, permaneciendo ingresada. Tras mejoría, el 11 de diciembre de 2018 es dada de alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas de cardiología hospitalaria, y el 25 de julio de 2019 es alta en consultas externas de cardiología del CHUIMI.

Actualmente la sra, reclamante se encuentra bien al respecto de dicha patología, según historial clínico de atención primaria ni hay signos, ni quejas al respecto y el tratamiento cardiovascular ya no es prescrito.

b.-El RN sufre aspiración meconial al nacer y sucesivamente tb. sufre depresión respiratoria, hipertensión pulmonar neonatal, sepsis tardía, encefalopatía hipóxico isquémica, se descubre ventrículomegalia cerebral, anemia, infección urinaria, ureterohidronefrosis. En la actualidad, según historial clínico, el niño ha mejorado muchísimo, y según el servicio de rehabilitación del CHUIMI del 22 de julio de 2020 :

“Paciente de 19 meses, con los antecedentes personales descritos, que ha seguido controles en nuestra consulta, con desarrollo psicomotor correcto. Marcha independiente a los 15 meses.

Exploración física: Conectado, sonriente. Obedece órdenes sencillas. BA: libre global. Tono muscular normal. Moviliza MM simétricamente. Raquis alineado. No flechas ni gibas. Bipedestación y marcha independiente, con buen patrón. Hace pinza correctamente, manipula con ambas manos.

Tratamiento: Plan: Alta, control por su pediatra.”

Sobre la uterohidronefrosis izquierda hay que decir que presentaba prenatalmente ectasia pielocalicilial izquierda. No fue producto del parto, sino del propio desarrollo del feto. Igualmente, según nos refleja historial clínico, el paciente actualmente está neurológicamente bien, camina, habla etc (...) correctamente. Posteriormente sigue un desarrollo normal como se refleja en el historial clínico, en ultimas revisiones del paciente.

6.- Tras el estudio de toda la información se encuentran razones que avalan las actuaciones médicas durante y antes el parto tal como se indica en las conclusiones previas. Los resultados a posteriori no tienen porque, en sí mismos, categorizar las actuaciones. Como refiere el Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología Dr (...) : " los malos resultados obstétricos se producen independientemente de la buena calidad de la asistencia prestada" (...) ».

5. Por parte del Jefe de Sección de obstetricia y ginecología del HUMIC, se emite el informe siguiente en atención a la asistencia que se le prestó la paciente durante el transcurso del parto:

« (...) Acude a primera visita de control de gestación en el C.A.E. en la 13 semanas de gestación el 09/05/2018, con FUR: 07/02/2018 y FPP: 14/11/2018. En dicha visita se realiza cribado del primer trimestre resultando de alto riesgo, realizándose biopsia corial con resultado normal (46XY).El curso de la gestación evoluciona de manera fisiológica, con hallazgo en ecografía morfológica de pielectasia unilateral izquierda leve con parénquima renal conservado, permaneciendo en esas mismas condiciones hasta el final del embarazo. Analíticas realizadas sin hallazgos significativos.

El 23/11/2018, en la 41,2 semanas de gestación acude a urgencias refiriendo sospecha de rotura de membranas (RPM). La exploración obstétrica es normal confirmando la rotura de bolsa, el test basal de la FCF (frecuencia cardíaca fetal) es reactivo (normal) con dinámica prodrómica, por lo que se realiza ingreso (01:32 h) y dada la RPM, la normalidad de las pruebas de bienestar fetal y se permite actitud expectante por deseo materno.

A las 20:05 horas del mismo día "la paciente avisa por estar agobiada con la gente en la habitación, no saber si su bebé se mueve bien y esta preocupada". La matrona acude y ausculta los tonos fetales con el cardiotocógrafo, hasta que la paciente se tranquiliza, resultando normales Se le dan pautas para llevar los pródromos y se le explica todo el proceso invitándole a que avise si vuelve a encontrarse inquieta por el proceso. Fluye liquido claro.

A las 23: 22 horas la paciente refiere aumento de dinámica, se realiza exploración obstétrica y dado que se encuentra en trabajo de parto se baja a la sala de dilatación en paritorio.

Tras el inicio del parto de forma espontánea y administrada la anestesia epidural, presenta, a la 01:20 horas del 24/11/18, un registro de la frecuencia cardíaca fetal (RFCF) con tres desaceleraciones variables aisladas, manteniendo en todo momento buena variabilidad y con normalización posterior.

A las 04:30 horas la matrona responsable avisa al equipo de guardia para valorar el RFCF, presentando desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones por lo que se procede a realizar pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal, resultando un pH de 7,17, pCO₂: 62 y Exceso de Base: -6,8, pH corregido de 7,27 (normal) a las 04:43 horas.

A las 04:57 horas se diagnostica de corioamnionitis y se indica tratamiento según protocolo, normalizándose el RFCF tras su aplicación. Dos horas y media tras el diagnóstico (07:28 horas) se realiza nuevo pH de calota fetal ante el diagnóstico de corioamnionitis aunque con buena respuesta al tratamiento médico. A la exploración se encuentra con 5 centímetros de dilatación, cérvix blando, borrado y centrado, líquido amniótico teñido +++. el resultado del pH es de: 6,82, pCO₂: 92 y Exceso de Base:-20, pH corregido: 7,16, por lo que se indica cesárea urgente por Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF). Se realiza la extracción fetal a las 07:35 horas obteniéndose un recién nacido de sexo masculino, 3715 gr de peso y test de Apgar al primer minuto de 3 y a los 5 minutos de 5 que ingresa en UCIN con el diagnóstico de riesgo infeccioso y síndrome de aspiración meconial.

Tras la realización de la cesárea y mientras permanece en la estancia de reanimación presenta tendencia a la hipotensión, taquicardia y saturaciones de O₂ en torno a 88% con aire ambiente presentando deterioro progresivo clínico y analítico por lo que la paciente es trasladada al Servicio de Reanimación del Hospital Insular, donde precisa de drogas vasoactivas y dada la secuencia clínica y las pruebas complementarias se sospecha como primer diagnóstico de miocardiopatía periparto.

Posteriormente mejora progresivamente y es trasladada a la planta de hospitalización del Servicio de Cardiología. La evolución obstétrica tras la cesárea cursa dentro de la normalidad.

PUNTOS DE LA DEMANDA EN LOS QUE SE HACE ESPECIAL HINCAPIÉ

1) Tras el ingreso, la Sra. (...) permaneció en planta habiendo transcurrido cerca de 24 horas desde que se produjera la rotura de la bolsa y pese a ser una gestación a término no se indicó la inducción hasta las 23:37 horas del 23/11/2018.

2) A la 1:20:43 horas la paciente presenta un RCTG desacelerativo.

3) A las 4:31 horas el RCTG reflejaba que la paciente llevaba sufriendo desaceleraciones tardías desde hacía una hora (...) por lo que requería acciones de confirmación del estado fetal y, en su defecto, la extracción urgente mediante cesárea.

4) A las 5:32 horas la paciente fue diagnosticada de corioamnionitis intraparto pero sin embargo no se realizó el pH en calota fetal hasta las 7:28 horas, resultando un pH patológico e indicando cesárea urgente.

5) La extracción efectiva del feto no se produjo hasta las 7:35 horas de la mañana, seis horas más tarde desde que el personal sanitario observara alteraciones en los RCTG, sin entender que se mantuviera una conducta expectante ante registros intranquilizadores sin confirmar el estado de bienestar fetal.

ANÁLISIS DE LOS PUNTOS DE LA DEMANDA

1) Tras el ingreso, la Sra. (...) permaneció en planta habiendo transcurrido cerca de 24 horas desde que se produjera la rotura de la bolsa y pese a ser una gestación a término no se indicó la inducción hasta las 23:37 horas del 23/11/2018.

A las 23: 22 horas la paciente refiere aumento de dinámica, se realiza exploración obstétrica y dado que se encuentra en trabajo de parto se baja a la sala de dilatación en paritorio. El manejo de la rotura de bolsa en una gestación a término permite la espera de 24-48 horas a que el parto se inicie de forma espontánea, lo cual sucede en un elevado porcentaje. En nuestro Servicio aconsejamos esperar 24 horas antes de indicar la finalización de la gestación lo que disminuye la necesidad de inducción y sus posibles complicaciones sin empeorar los resultados perinatales.

En conclusión, el tiempo transcurrido tras la rotura de bolsa entra dentro de lo recomendado, ello motivó que el parto se iniciara de forma espontánea sin precisar llevar a cabo el proceso de inducción.

2) A la 1:20:43 horas la paciente presenta un RCTG desacelerativo. A la 1:20 horas la paciente presenta un RCTG con tres desaceleraciones aisladas que son atribuidas a la hipotensión relativa tras la realización de la analgesia epidural y que se recuperan tras la administración de 10 mg de efedrina i.v. y recuperación de la tensión arterial. La paciente presentó tres desaceleraciones variables moderadas, conservando la variabilidad y manteniendo una línea de base dentro de la normalidad. Dicho hallazgo puntual no se considera un RCTG patológico y no tiene repercusión clínica.

En conclusión, la paciente presentó tres desaceleraciones variables moderadas, conservando la variabilidad y manteniendo una línea de base dentro de la normalidad. Dicho hallazgo puntual no se considera un RCTG patológico.

3) A las 4:31 horas el RCTG reflejaba que la paciente llevaba sufriendo desaceleraciones tardías desde hacia una hora (...) por lo que requería acciones de confirmación del estado fetal y, en su defecto, la extracción urgente mediante cesárea.

Durante el proceso del parto, la dinámica uterina puede causar al feto una interrupción transitoria y recurrente de su oxigenación. Gracias a sus mecanismos de compensación, la

mayoría de los fetos lo toleran adecuadamente; sin embargo, una minoría presenta una claudicación de dichos mecanismos pudiendo desencadenar lesiones hipóxicas irreversibles como la encefalopatía hipóxico-isquémica, la parálisis cerebral y/o la muerte perinatal.

Los mecanismos de compensación que presenta el feto ante las contracciones uterinas durante el trabajo de parto hacen que este proceso corresponda a un estado de acidemia creciente, generalmente bien tolerado y sin repercusiones en la vida extrauterina. Se pueden distinguir dos tipos de acidosis: acidosis respiratoria y acidosis metabólica. Para que una privación aguda de oxígeno intraparto pueda considerarse posible causa de lesión neurológica, es esencial la presencia de acidosis metabólica. La acidosis respiratoria pura no tiene consecuencias a largo plazo en término de daño neurológico. Para ello disponemos de la fórmula de Eisenberg, una herramienta que nos permite calcular el pH eucápnico, definido como aquel pH resultante al eliminar el componente respiratorio de la acidosis.

A las 04:30 horas la matrona responsable avisa al equipo de guardia para valorar el RCTG, presentando desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones por lo que se procede a realizar pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal, resultando un pH de 7,17, pCO₂: 62 y Exceso de Base: -6,8, pH eucápnico de 7,27 (normal) a las 04:43 horas.

En conclusión, a las 04:30 horas el RCTG presenta desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones por lo que se procede a realizar pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal, resultando un pH normal (04:43 horas).

4) A las 5:32 horas la paciente fue diagnosticada de corioamnionitis intraparto pero sin embargo no se realizó el pH en calota fetal hasta las 7:28 horas, resultando un pH patológico e indicando cesárea urgente.

El diagnóstico corioamnionitis se establece ante la presencia de hipertermia materna 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 S., y/o tono basal elevado) y olor fétido del L.A. Dentro de las complicaciones maternas tras el diagnóstico se describen: alteraciones de la dinámica uterina, parto prolongado, mayor uso de oxitocina, cesáreas, hemorragia postparto, endometritis puerperal, complicaciones postquirúrgicas, bacteriemia, síndrome de distrés respiratorio, coagulopatía y Shock séptico. Igualmente se ha descrito como posibles complicaciones fetales: Infección fetal y neonatal en el 10-20% de los casos, parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, asfixia perinatal, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta, sepsis neonatal, Neumonía y Muerte neonatal secundaria a sepsis.

Es por todo ello que una vez llegado al diagnóstico se procura la normalización de la temperatura mediante medios físicos y antitérmicos, la administración de antibióticos, no

permitiendo una duración del trabajo de parto superior a 4-6 horas si no hubiera respuesta al tratamiento. Además se llevará un control de la FCF y la dinámica mediante monitorización continua y se realizará pH de calota fetal a las 4-5 horas del diagnóstico, aun con un RCTG normal.

La paciente (...) es diagnosticada de corioamnionitis y se indica tratamiento según protocolo (antitérmicos y antibióticos), normalizándose el RCF tras su aplicación. Dos horas y media tras el diagnóstico se realiza nuevo pH de calota fetal ante el diagnóstico de corioamnionitis aunque con buena respuesta al tratamiento médico. A la exploración se encuentra con 5 centímetros de dilatación, cérvix blando, borrado y centrado, líquido amniótico teñido +++. el resultado del pH es de: 6,82, pCO₂: 92 y Exceso de Base:-20, pH corregido: 7,16, por lo que se indica cesárea urgente por Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF). Se realiza la extracción fetal a las 07:35 horas obteniéndose un recién nacido de sexo masculino, 3715 gr de peso y test de Apgar al primer minuto de 3 y a los 5 minutos de 5 que ingresa en UCIN con el diagnóstico de riesgo infeccioso y síndrome de aspiración meconial.

Tras el diagnóstico de corioamnionitis se aplicaron las medidas adecuadas, y basado en la situación clínica y la "lex artis" del equipo médico se adelantó la comprobación del bienestar fetal mediante determinación del pH de calota fetal a las dos horas y media de realizado el diagnóstico (no a las 4-5 horas que recomienda el protocolo) aún cuando presentaba un pH normal anterior (dos horas y 45 minutos previos).

En conclusión, tras el diagnóstico de corioamnionitis se aplicaron las medidas adecuadas, y basado en la situación clínica y la "lex artis" del equipo médico se adelantó la comprobación del bienestar fetal mediante determinación del pH de calota fetal a las dos horas y media de realizado el diagnóstico (no a las 4-5 horas que recomienda el protocolo) aún cuando presentaba un pH normal previo (dos horas y 45 minutos anteriores).

5) La extracción efectiva del feto no se produjo hasta las 7:35 horas de la mañana, seis horas más tarde desde que el personal sanitario observara alteraciones en los RCTG, sin entender que se mantuviera una conducta expectante ante registros intranquilizadores sin confirmar el estado de bienestar fetal.

Ante la aparición de alteraciones en el RCTG se actuó adecuadamente, primero corrigiendo la hipotensión materna administrando la medicación indicada y posteriormente confirmando el bienestar fetal mediante toma de pH de calota fetal. Se mantuvo una actitud activa, un manejo adecuado y un seguimiento continuado estricto materno-fetal. No existió previamente motivo para finalizar el parto mediante cesárea y una vez indicada se procedió a su realización en tiempo acorde a su indicación.

En conclusión, ante la aparición de alteraciones en el RCTG se actuó adecuadamente, primero corrigiendo la hipotensión materna administrando la medicación indicada y

posteriormente confirmando el bienestar fetal mediante toma de pH de calota fetal. Se mantuvo una actitud activa, un manejo adecuado y un seguimiento continuado estricto materno-fetal. No existió previamente motivo para finalizar el parto mediante cesárea y una vez indicada se procedió a su realización en tiempo acorde a su indicación.

CONCLUSIONES

El tiempo transcurrido tras la rotura de bolsa entra dentro de lo recomendado, ello motivó que el parto se iniciara de forma espontánea sin precisar llevar a cabo el proceso de inducción.

La paciente presentó tres desaceleraciones variables moderadas, conservando la variabilidad y manteniendo una línea de base dentro de la normalidad. Dicho hallazgo puntual no se considera un RCTG patológico.

A las 04:30 horas el RCTG presenta desaceleraciones tardías durante 60 minutos en menos del 50% de las contracciones por lo que se procede a realizar pH de calota fetal para comprobar el bienestar fetal, resultando un pH normal (04:43 horas).

Tras el diagnóstico de corioamnionitis se aplicaron las medidas adecuadas, y basado en la situación clínica y la “lex artis” del equipo médico se adelantó la comprobación del bienestar fetal mediante determinación del pH de calota fetal a las dos horas y media de realizado el diagnóstico (no a las 4-5 horas que recomienda el protocolo) aún cuando presentaba un pH normal previo (dos horas y 45 minutos anteriores).

Ante la aparición de alteraciones en el RCTG se actuó adecuadamente, primero corrigiendo la hipotensión materna administrando la medicación indicada y posteriormente confirmando el bienestar fetal mediante toma de pH de calota fetal. Se mantuvo una actitud activa, un manejo adecuado y un seguimiento continuado estricto materno-fetal. No existió previamente motivo para finalizar el parto mediante cesárea y una vez indicada se procedió a su realización en tiempo acorde a su indicación. Los no profesionales de la obstetricia, y la población en general, consideran que la mayoría de los resultados obstétricos se pueden resolver con la realización de una intervención no indicada o una cesárea, que, inexplicablemente, el profesional que atiende al parto no realiza a tiempo. La asistencia obstétrica tiene como finalidad obtener el mejor recién nacido posible con la menor morbilidad materna, pero no se conocen todos los mecanismos por los cuales se pueden producir malos resultados obstétricos, y aun conociendo muchos de ellos, no se tienen soluciones médicas para los mismos, por lo que los malos resultados obstétricos se producen independientemente de la buena calidad de la asistencia prestada.

(...) fue atendida en todo momento acorde a la “lex artis”. Se utilizaron todos los medios indicados, tanto técnicos como profesionales, en su asistencia. Lamentablemente el resultado no fue el esperado, a pesar de la adecuada asistencia obstétrica recibida (...) ».

6. La Instrucción del procedimiento dicta Acuerdo Probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas consistente en documental médica obrante en el expediente.

7. Consta Acuerdo sobre la concesión del preceptivo Trámite de Vista y Audiencia del expediente. En consecuencia, la interesada presenta escrito de alegaciones reiterando sus pretensiones iniciales, reclamando la cantidad indemnizatoria que asciende a 30.000 euros.

Con fecha 8 de junio de 2022, el SIP emitió informe complementario, indicando:

« (...) Queda expuesto en el informe previo efectuado por este Servicio de Inspección las patologías sufridas tanto por la madre como por el menor durante el parto y el curso posterior clínico. Lo que hay que demostrar es la adecuación de la actuación médica en respuesta a unos hechos.

A partir de la exposición de los hechos (patologías, curso de las mismas, inicio, duración, medios diagnósticos, respuesta médica (...)) de las consideraciones (fisiología parto, patologías durante el mismo, bibliografía (...)) iniciamos las conclusiones y en ellas tenemos en cuenta, importante, los informes médicos de especialistas que son de gran relevancia, ya que aclaran puntos importantes en temas muy específicos, como ocurre en las actuaciones en partos tal como se estudia en este ERP 223/19.

2.- La paciente no tenía una gestación de riesgo, la historia clínica, informes y datos, expresan una gestación normal.

3.- Se alega que al llegar al hospital con bolsa rota había que extremar los cuidados. Tener en cuenta que las actuaciones están protocolizadas al caso clínico en cuestión y como tal ejecutadas por los responsables de la atención de la señora gestante. Como expresa el historial médico, al llegar la señora gestante al hospital, se realizan distintas pruebas para comprobar correcto estado del feto y de la madre, tras comprobación correcta, se realiza ingreso. Hubo información a la gestante y aceptación por parte de la misma.

4.- Sobre el hecho que a las 20:05 horas del día 23 de noviembre de 2018, cuando la paciente llama al personal: "se encuentra agobiada, había mucha gente en la habitación y no sabe si su bebé se mueve bien y está preocupada" en dichas alegaciones se presume ya la escasa e irregular dinámica del feto en ese momento puntual, cuando no es así. En historial anotan en este momento: "Se escucha TFN con monitor durante un rato hasta que la paciente se tranquiliza se le dan pautas para llevar los pródromos y se le explica todo el proceso invitándole a que avise si vuelve a encontrarse inquieta por el proceso".

Ademas aducen las alegaciones que había que hacer pruebas que corroboraran la evolución de la miocardiopatía que padecía la demandante? : referir que la demandante en

estos momentos no padecía miocardiopatía secundaria a la infección, que si tuvo lugar posteriormente, el líquido amniótico era claro como informa matrona en historial, no había fiebre ni otro dato de infección en esos momentos. No existía dato alguno de corioamnionitis, por tanto no había secundarismos.

5.- El RCTG de la 01.20 horas, del día del día 24 de noviembre de 2018. no se consideró patológico, como refieren en las alegaciones, existen solo 3 desaceleraciones variables moderadas un hecho muy localizado, eso no es un registro patológico, presentaba en el conjunto del registro 3 desaceleraciones variables, aisladas, que desaparecen después, y con el resto de las variables del registro normales. Ello no corresponde a “un registro desacelerativo”. El conjunto del RCTG se considera normal, el registro es normal.

No hay dudas al respecto. Existe suficiente bibliografía, estudios científicos, guías (...) para llegar a estas conclusiones.

El Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI Dr (...) en informe preceptivo es muy claro en la exposición de estos hechos.

Siguiendo el curso de las alegaciones se insiste que a las 04:30 horas el RCTG presenta un aumento de las desaceleraciones, ello implica en la práctica la realización a continuación de la medida del PH en calota fetal para aclarar si pudiera existir sufrimiento fetal.

Si existieron desaceleraciones tardías en menos del 50% de las contracciones, se realiza, como está indicado, el PH de calota fetal, que resulta dentro de parámetros normales.

Se comprueba por tanto el bienestar fetal. Hora de realización- comprobación del PH: 04:43 horas.

6.- Justo tras comprobar el bienestar fetal a las 04:57 horas se diagnostica corioamniotitis y tras ello es obligado tratamiento con antibióticos y antitérmicos como medida principal, la señora mejora estado, a su vez hay que realizar control de la FCF y dinámica uterina con monitorización continua, el RCTG es normal, pero se vuelve a realizar PH de calota fetal a las 2 horas y media del último realizado, aunque según protocolo se debe hacer a las 4-5 horas. O sea, se adelanta éste. Aproximadamente a las 7 y media. Tras comprobar PH patológico se realiza cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal.

7.- Sobre el punto 4 de las conclusiones efectuadas en el informe previo de este Servicio de Inspección, debemos aclarar que se produce una errata en la misma : en lugar de la corioamnionitis es causa de (...) . debe decir es la causa de la miocardiopatía materna. La corioamnionitis intraparto es previa a la miocardiopatía materna.

Así se explica en el siguiente párrafo de la conclusión número 4 de dicho informe: “ las consecuencias de la infección no es achacable a falta de diagnóstico ni de tratamiento, porque éste fue realizado en su momento. Cada individuo responderá por sí mismo puede no tener consecuencias maternas posteriores o puede no tenerlas. Está aclarado

8.- Con respecto al apartado de las alegaciones sobre la valoración de “existencia de estrés post-traumático tras el parto de (...)”, valoración de secuelas, ello sería realizable en el supuesto de que en informe previo de este Servicio de Inspección hubiésemos realizado valoración de secuelas, que no es el caso. (...) ».

8. Con fecha 20 de julio de 2022, se emite la correspondiente Propuesta de Resolución, firmada por el Director General de Recursos Económicos.

9. Por lo demás, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 de la LPACAP. No obstante, aún 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 LPACAP).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender el Órgano Instructor, que los servicios sanitarios dependientes del SCS siempre actuaron conforme a la *lex artis*, sin que se haya probado la mala praxis médica que alega la interesada en atención a la asistencia recibida en el momento del parto.

2. En el presente asunto, los interesados consideran que ha habido mala *praxis* por parte de los servicios sanitarios dependientes del SCS por los daños ocasionados tanto a la parturienta como al recién nacido en la asistencia prestadas durante el parto, alegando particularmente que no fueron atendidas debidamente las complicaciones surgidas derivadas del diagnóstico de corioamnionitis por lo que consideran que el recién nacido sufrió asfixia perinatal, sepsis por infección, hipertensión pulmonar neonatal y síndrome de aspiración meconial.

3. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba, plenamente aplicable al caso que nos ocupa, está recogida, entre otros, en los Dictámenes 272/2019, de 11 de julio; 470/2020, de 19 de noviembre o 77/2022, de 2 de marzo doctrina que indica:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (*semper necesitas probandi incumbit illi qui agit*) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (*ei incumbit probatio qui dicit non qui negat*) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (*notoria non egent probatione*) y los hechos

negativos (‘negativa no sunt probanda’). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la reclamante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

4. Nuestra Doctrina sobre la responsabilidad patrimonial en relación con la obligación de medios en el ámbito de la Administración sanitaria, la podemos encontrar en diversos dictámenes, verbigracia los Dictámenes 209/2019, de 6 de junio, 246/2019, de 24 de junio, 267/2019, de 11 de julio, 327/2019, de 25 de septiembre, 174/2021, de 8 de abril y 399/2021, de 28 de julio. Esta doctrina plenamente aplicable al supuesto que nos ocupa presenta una serie de

particularidades que hacen referencia a la *lex artis*, y que no debemos orillar. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala:

«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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en su Sentencia de 23 de septiembre de 2009:

«el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Por otro lado, en lo que se refiere a la pérdida de oportunidad debemos recordar lo ya señalado por este Consejo en sus Dictámenes -DDCC 171/2016, de 24 de mayo,

152/2017, de 11 de mayo, 523/2018, de 27 de noviembre, 354/2019, de 10 de octubre, 359/2019, de 10 de octubre, 38/2020, de 30 de enero, 396/2020, de 14 de octubre, y 497/2021, mediante los que indicábamos:

« (...) Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014) (...).

5. En el supuesto médico asistencial planteado, de la documental obrante en el expediente sólo puede llegar a concluirse que los facultativos actuaron conforme al protocolo médico establecido en atención a las distintas complicaciones que durante un parto puedan surgir. El informe del SIP, respondiendo a las afirmaciones vertidas por la reclamante, las refutó señalando que tras comprobar el bienestar fetal a las

04:57 horas se diagnostica corioamniotitis y tras ello es obligado tratamiento con antibióticos y antitérmicos como medida principal, por lo que la señora mejora estado; a su vez indica el referido informe complementario que realizado un control de la FCF y de la dinámica uterina con monitorización continua, el RCTG es normal,; además, que se vuelve a realizar PH de calota fetal a las 2 horas y media del último realizado, aunque según protocolo se debe hacer a las 4-5 horas. O sea, se adelanta éste. Finalmente, que aproximadamente a las 7 y media, tras comprobar PH patológico, se realiza cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal.

A mayor abundamiento, la Administración sanitaria, particularmente mediante el informe médico preceptivo del Servicio de Ginecología y obstetricia del HUC, acredita que el tiempo transcurrido tras la rotura de bolsa entra dentro de lo recomendado, lo que motivó que el parto se iniciara de forma espontánea sin precisar llevar a cabo el proceso de inducción. La paciente presentó tres desaceleraciones variables moderadas, conservando la variabilidad y manteniendo una línea de base dentro de la normalidad.

En consecuencia, ante la aparición de alteraciones en el RCTG se actuó adecuadamente, corrigiendo la hipotensión materna administrando la medicación indicada y posteriormente confirmando el bienestar fetal mediante toma de pH de calota fetal. Se mantuvo una actitud activa, un manejo adecuado y un seguimiento continuado estricto materno-fetal.

En los informe de la Gerencia de Atención Primaria no se observa anotación sobre actuación médica alguna que pudiera indicar una deficiente asistencia sanitaria recibida por la reclamante. Asimismo, en atención a las revisiones pediátricas médicas periódicas que recibió el bebé estuvieron dentro de la normalidad en atención a las circunstancias diagnósticas propias del paciente.

Sería menester señalar que los extremos citados coinciden con la abundante documentación médica restante obrante en el expediente que se analiza, confirmando que se actuó conforme al protocolo médico establecido ante la situación de urgencia surgida durante el parto, no observándose pérdida de oportunidad alguna si se hubiera practicado la cesárea con anterioridad pues no estuvo indicada la urgencia en momento anterior, como nos señala el informe médico preceptivo se ha de actuar velando tanto el bienestar fetal como la vida de la madre.

6. En definitiva, en el supuesto planteado, pues, se considera que la Administración Sanitaria ha acreditado haber actuado conforme al criterio de la *lex*

artis ad hoc, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por la paciente, tal como plantea la Propuesta de Resolución, la reclamación debe ser desestimada.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial solicitada por la interesada, se considera conforme a Derecho.