Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de enero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...) en su propio nombre y en nombre y representación de su hija, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 536/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. Los reclamantes solicitan una indemnización 24.024,3 € -folio 26-. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera 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. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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

[*] **Ponente: Sra. de Haro Brito.**

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.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, 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 (BOC, 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. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. Por su parte, la resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. En lo que respecta a la legitimación -activa y pasiva-, procede efectuar las siguientes consideraciones.

5.1. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los reclamantes la condición de interesados al haber sufrido un daño por el que reclaman [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En este sentido se ha de señalar que la reclamación extracontractual de la madre –(...)- se realiza no sólo en nombre y derecho propio, sino, además, (al igual que en el caso del padre -(...)-) en defensa e interés de los derechos de su hija menor de edad -(...)-, al haber sufrido un daño por el que reclaman [art. 4.1, letra a) LPACAP]; y ello al amparo de las facultades de representación que le confiere legalmente el art. 162 del Código Civil a los progenitores que ostenten la patria potestad respecto a sus hijos menores de edad no emancipados.

5.2. Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción (art. 67.1 LPACAP) por cuanto se presenta reclamación el 15 de febrero de 2022 por los daños derivados del parto de su hija, acaecido el 15 de febrero de 2021 y las secuelas que según manifiesta, derivaron con posterioridad.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 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).

II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada tanto a la madre -(...)- como a su hija -(...)- durante el alumbramiento de la menor en el Complejo Hospitalario Universitario Insular–Materno Infantil (en adelante, CHUIMI).

A este respecto, los reclamantes fundamentan su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 1 y ss.-:

«PRIMERO.- El día 15 de febrero de 2021 (...) (en adelante, la madre) ingresó en el Centro Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria dependiente del Servicio Canario de Salud a las 17:04 horas a fin de dar a luz a nuestra hija (…) (en adelante, el bebé) tras un embarazo controlado sin incidencias ni en la madre ni en el feto.

Con una dilatación de 2 centímetros se le pasó a paritorio y se le administró la anestesia epidural. En ese momento se procedió también a la arnniorrexis artificial.

En esos momentos previos la madre fue sometida a diversos tactos vaginales por distintas personas (varios facultativos e incluso alumnos en prácticas que se encontraban en el paritorio) con el consiguiente riesgo de infección, riesgo que se convirtió en realidad viéndose la madre finalmente afectada por una corioamnionitis.

Después de varias horas y cuando ya tenía 8 centímetros de dilatación la madre experimentó fiebre alta como consecuencia de la infección, lo que hizo necesario administrar más anestesia epidural que a su vez le dejó sin fuerza para empujar, siendo necesario por último administrarle anestesia general y finalizar el parto mediante el uso de fórceps y la práctica de episiotomía en la que fue necesario aplicar entre 24 y 26 puntos de sutura. Es preciso destacar además que dichos puntos no fueron aplicados correctamente quedando los músculos perineales afectados.

Como consecuencia de todo ello, el bebé nació con una serie de complicaciones cuyas secuelas definitivas no han podido aún establecerse dado que el desarrollo de las funciones del bebé es paulatino y se van poniendo día a día de manifiesto, si bien en un principio se le diagnosticó una tumefacción axilar izquierda, displasia de hombros, paresia facial derecha y equimosis facial izquierda como puede comprobarse en el informe clínico de alta del Servicio de Neonatología (...) .

A fecha actual el bebé sigue recibiendo tratamiento de rehabilitación como consecuencia de la displasia de hombros, paresia y equimosis facial y, según se nos ha informado por los distintos facultativos que nos han atendido, esta situación continuará en tanto no sea posible determinar el alcance de las secuelas del parto, para lo que como mínimo habrá que esperar a que nuestra hija comience a andar.

Asimismo, la madre también arrastró complicaciones desde el parto debido principalmente al empleo de fórceps y a la mala aplicación de los puntos de sutura, teniendo que soportar desde entonces intensos dolores que le han impedido llevar una vida normal, no habiendo podido ente otras cosas sentarse sin dolor hasta al menos 4 meses después del parto ni mantener relaciones sexuales hasta fecha actual.

SEGUNDO.- En fecha 26 de febrero de 2.021 tuvimos que ingresar a nuestra hija nuevamente en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil a causa de la tumoración o tumefacción axilar izquierda que, según se nos informó, era consecuencia de la infección de la placenta y líquido amniótico (la corioamnionitis) que se produjo durante el parto. A causa de ello permaneció ingresada durante 4 días en el Hospital (...) .

TERCERO.- En fecha 15 de diciembre de 2021 tuvimos que acudir al servicio de urgencias a causa de unos movimientos involuntarios en la cabeza del bebé. En fecha 3 de enero de 2022 el bebé ingresó en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil a fin de ser sometido a estudio. En ese momento le practicaron resonancia y TAC. En fecha 5 de enero de 2.022 se le dio de alta (...) .

El neurólogo nos explicó verbalmente que los movimientos involuntarios del bebé pueden ser síntoma de alguna patología grave como epilepsia y que seguramente traigan causa de estrés en el parto.

En virtud de todo lo expuesto, (...) pudiera existir un incorrecto funcionamiento del Servicio Canario de Salud y en concreto del Centro Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria en el proceso de asistencia prestado a la madre y a el bebé, y (...) de ello se podría derivar una responsabilidad patrimonial de la Administración regional (...) ».

2. Los interesados solicitan una indemnización -durante el trámite de subsanación de su escrito de reclamación inicial- por importe de 24.024,3 €: « *(...) sin perjuicio de la ulterior valoración que se formule por profesional cualificado (...), cuantificamos las indemnizaciones reclamadas a fecha de presentación de la solicitud en las cantidades de 12.012,15 € cada una [(…) y (…)]*» -folio 26-.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito presentado en Correos el día 15 de febrero de 2022, (...) y (...), actuando en nombre e interés propio, así como en el de su hija menor de edad -(...)- instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que les fue prestada en el CHUIMI durante el parto.

2. Con fecha 18 de febrero de 2022 se requiere a los interesados a fin de que subsanen y mejoren la reclamación interpuesta. Requerimiento que es atendido por los reclamantes mediante la presentación de escrito de subsanación/mejora con fecha 27 de mayo de 2022.

3. Con fecha 2 de junio de 2022 se admite a trámite la reclamación formulada por (...) y (...), en su propio nombre e interés, y en nombre y representación de su hija, (...); acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- 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 -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento hubiera podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a los interesados.

4. Con fecha 2 de junio de 2022 se cursa la correspondiente petición de informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-. Informe que es evacuado el día 17 de febrero de 2023.

Asimismo, consta en las actuaciones la emisión de informe por parte de los Servicios de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI y del Servicio de Neonatología del citado centro hospitalario, de 28 de octubre de 2022 y 14 de junio de 2023, respectivamente.

5. Con fecha 22 de febrero de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción y se admite a trámite la prueba documental y pericial propuesta por los reclamantes.

Dicha resolución administrativa figura convenientemente notificada a los interesados.

Por otro lado, no consta en las actuaciones la aportación del dictamen pericial propuesto por los reclamantes para fundamentar su acción resarcitoria.

6. Con fecha 21 de abril de 2023 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia; constando en el expediente su notificación en legal forma a los reclamantes.

Una vez transcurrido el plazo legalmente conferido, los interesados no formulan escrito de alegaciones.

De igual manera, y con motivo del traslado a los reclamantes de la copia del informe evacuado por el Servicio de Neonatología del CHUIMI, se confiere a éstos un segundo trámite de audiencia, sin que se presenten alegaciones.

7. Con fecha 18 de agosto de 2023 se solicita la emisión de informe por parte de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias], sin que conste -en el expediente remitido- la evacuación del citado documento jurídico.

8. Con fecha 8 de noviembre de 2023 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual « *(...) formulada por (...) y (...) en su propio nombre y en nombre y representación de su*

hija, (...) (al) no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración».

9. Mediante oficio de 10 de noviembre de 2023 (con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 14 de ese mismo mes y año), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo [entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre], *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de 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».

2. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*Lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el*

reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, 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 Sentencia de 23 de septiembre de 2009 [recurso de casación n.º 89/2008] «*que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el

funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada

caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

3. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto de hecho objeto dictamen, se hace preciso señalar lo siguiente.

3.1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada a la paciente y a su hija recién nacida.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

3.2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«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 parte demandante 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, el primer requisito 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: "Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts. 3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts. 6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3.3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, este Organismo entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar -con remisión a los diversos informes evacuados durante la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial (art. 88.6 LPACAP)- cuanto se expone a continuación -folios 1025 y ss.-:

«CUARTO.- Los interesados sostienen que se produjo una asistencia sanitaria incorrecta con ocasión del nacimiento de su hija que produjo secuelas tanto a la madre como a la niña.

Resulta preciso para valorar si la asistencia sanitaria prestada en el parto fue conforme o no a la lex artis, acudir al relato de hechos clínicos que se extraen de los informes incorporados al expediente; (…), 23 años de edad durante la gestación.

En los antecedentes personales consta asma, alergia a ácido acetil salicílico y cuadro de anafilaxia 9 meses antes de la gestación que continuaba en estudio por Alergología.

En los antecedentes obstétricos consta que se trata de una primera gestación.

Acude a la primera visita con el obstetra el 21/07/2021. La exploración ginecológica es normal. Se realiza ecografía según protocolo y se objetiva una gestación única activa intrauterina con una medición que corresponde con 11,4 semanas de gestación.

La gestación cursa de forma fisiológica excepto un incremento de peso materno de 18 Kg, con analíticas dentro de lo normal y ecografías seriadas con crecimiento fetal acorde. Exudado vaginorectal negativo para S. Agalactiae en tercer trimestre.

Acude al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) el 14/02/2021 en la 41 semanas y 5 días de gestación refiriendo dinámica y presentando a la exploración obstétrica un test de Bishop de 7, por lo que ingresa en pródromos de parto a las 17:31 horas.

Durante el ingreso, a las 22:00 horas, estando en la planta, se produce la rotura espontanea de la bolsa, por lo que es explorada por la matrona de planta, que comprueba la amniorrexis y evidencia una dilatación cervical de 2 cm y un borramiento del 50%, derivando a la paciente al área de urgencias para monitorización. Se le oferta analgesia con Dolantina vs inducción, dadas las condiciones favorables de la exploración obstétrica, ingresando finalmente en paritorio a las 22:38 horas para inducción del parto.

Ante la sospecha clínica de macrosomía fetal se indica en curso clínico que avisen al equipo de tocología para estar presente en el expulsivo, por si se produce una distocia de hombros.

Se administra analgesia epidural a las 23:41 horas.

A las 4:41 horas del día 15/02/2021 se diagnóstica de fiebre intraparto y se administra tratamiento antibiótico y antitérmico. 30 minutos más tarde presenta corioamnionitis, que responde al tratamiento pautado.

A las 8:38 hora se explora a la paciente, encontrándose afebril, con un registro de la frecuencia cardiaca tranquilizador, dinámica adecuada y al tacto vaginal se encuentra en dilatación completa, II plano de Hodge, fluye líquido amniótica claro y presenta una distocia de rotación SIDA (sincipito iliaca derecha transversa). Ph de calota fetal 7.43, PCO2 43, EB 4.2 (normal). Dado que la prueba de pujo no es efectiva se inicia expulsivo pasivo.

A las 12:30 horas se produce el nacimiento tras fórceps por expulsivo prolongado y distocia de hombros Condiciones: SIDT con asinclitismo anterior, III plano de Hodge. Fluye líquido amniótico claro. Registro cardiotocográfico tranquilizador. rotación.

Procedimiento: Asepsia y colocación de C. Sondaje vesical. Se refuerza analgesia epidural.

Colocación de ramas según técnica de Kjelland clásico. Se rota 90 grados a occipito púbica y se corrige asinclitismo sin dificultad, comprobando presa correcta. Se realiza tracción y deflexión de polo cefálico con protección activa del periné. Se realiza episiotomía mediolateral.

Tras la salida del polo cefálico se diagnóstica una distocia de hombros, estando el equipo de obstetricia y anestesia en paritorio. Se procede a realizar de forma inmediata maniobra de McRoberts, se administra analgesia general y posteriormente maniobra de Woods y Woods inverso sin éxito. Se realiza maniobra de hombro posterior, consiguiendo la extracción fetal completa a los 3 minutos. Se obtiene un recién nacido femenino de 3925 g, Test de Apgar al minuto y cinco minutos de 4/9, pH arterial de cordón 7.11, PCO2 78, Exceso de Base de -6 y pH venoso de 7,25, que precisa una reanimación tipo III e ingresa en Transición por la analgesia general administrada a la madre y posteriormente sube con la madre a la planta de Puerperio.

Al revisar el canal blando se objetiva tras el parto un desgarro en cara posterior de vagina, realizándose la sutura en varios tiempos. Se comprueba desgarro del esfínter anal 3a, suturándose según técnica habitual. Se realiza drenaje y exéresis de quiste parauretral.

El puerperio cursa de forma fisiológica con una anemia moderada, siendo alta hospitalaria a las 48 horas tras el parto, pendiente de citar en la Unidad de Suelo Pélvico para revisión y seguimiento de desgarros. La recién nacida permanece en hospitalización conjunta, afebril, con lactancia materna satisfactoria.

El día 13/04/2021 (dos meses más tarde) es valorada en la Unidad de Suelo Pélvico, objetivando una exploración normal, aunque refiriendo la paciente molestias vaginales con la contracción de la misma y sensación de pesadez con la bipedestación. Posteriormente es vista cada dos meses, siendo remitida a rehabilitación por dolor coxígeo. Última visita el 5/08/2021. La paciente no acude a consulta el 8/03/2022.

En cuanto a la recién nacida, es explorada al nacimiento en Paritorio por el equipo de Neonatología con los siguientes hallazgos:

Aceptable estado general. No aspecto séptico. Bien oxigenada y perfundida. Normohidratada. Polipneica. AP: buena ventilación bilateral. AC: latidos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Palpación de clavículas normales. Moro simétrico. Caderas no valoradas. Genitales externos normales. Pulsos femorales presentes. Examen neurológico, tono y reactividad acorde con edad gestacional. Hematoma y equimosis

en mejilla izquierda. Equimosis y escoriación a nivel de región frontal y mejilla derecha. Dada la corioamnionitis materna se decide ingreso en hospitalización conjunta por riesgo infeccioso.

Al tercer día se le da el alta con adecuada evolución, alimentación correcta mediante lactancia materna, hemocultivos negativos sin precisar antibioterapia. Exploración al alta: Buen estado general.

No aspecto séptico. Bien oxigenada y perfundida. Normohidratada. Eupneica. AP: buena ventilación bilateral. AC: latidos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias.

Palpación de clavículas normales. Moro simétrico. Bartlow y Ortalani negativos. Genitales externos normales. Pulsos femorales presentes. Examen neurológico, tono y reactividad acorde con edad gestacional. Hematoma y equimosis en mejilla izquierda. Equimosis y erosión superficial a nivel de región frontal y mejilla derecha, paresia facial derecha leve.

A los 11 días es traída a urgencias por sus padres por tumefacción axilar que había ido aumentando en los últimos días pero que no se describe en el informe de alta ni en ninguna de la exploraciones realizadas en el ingreso del parto. Se decide nuevo ingreso, durante el cual se realiza una ecografía de partes blandas el día 26/2/2021 en la que se describe un "Aumento de la ecogenicidad de la grasa subcutánea en región posterior del brazo y axilar izquierdas en relación con cambios inflamatorios a dicho nivel. No se visualiza afectación de la musculatura subyacente, así como tampoco colecciones ni otros hallazgos significativos. Hallazgos compatibles con celulitis subcutánea sin signos de complicación". Se repite ecografía el día 1/3/2021 con imágenes similares, por lo que se establece la sospecha diagnóstica de necrosis grasa subcutánea del recién nacido.

Durante el ingreso de la niña se realiza también una ecografía cerebral el 1/3/2021, que es normal, con el siguiente informe: "Parénquima cerebral normal, con correcta conformación de surcos corticales. Fosa posterior sin lesiones expansivas. Sistema ventricular de tamaño y morfología normales. Vascularización Doppler cerebral sin alteraciones". Es dada de alta para seguimiento en consultas externas.

QUINTO.- Los reclamantes en su exposición de los hechos relatan un funcionamiento anormal en la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud, desde el ingreso en el paritorio hasta el nacimiento de su hija, lo que produjo las secuelas que padecen ambas.

En primer término, señalan, que con una dilatación de 2 centímetros se la pasó a paritorio y se le administró la anestesia epidural. en ese momento se procedió también a la amniorexis artificial.", es decir, refieren una rotura artificial de la bolsa, sin embargo, en el

informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI se hace constar que la paciente ingresó en el hospital a las 17:31 por pródromos de parto en la 41 semanas y 5 días de gestación, refiriendo dinámica y presentando a la exploración obstétrica un test de Bishop de 7.

Durante el ingreso, a las 22:00 horas, estando en la planta, se produce la rotura espontanea de la bolsa, por lo que es explorada por la matrona de planta, que comprueba la amniorrexis y evidencia una dilatación cervical de 2 cm y un borramiento del 50%, derivando a la paciente al área de urgencias para monitorización. Se le oferta analgesia con Dolantina vs inducción dadas las condiciones favorables de la exploración obstétrica, ingresando finalmente en paritorio a las 22:38 horas para inducción del parto.

Lo indicado coincide con lo señalado en el informe del parto (página 43 del expediente), en el apartado Tipo de rotura de bolsa: Espontanea Prematura.

El informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología concluye la paciente pasó a paritorio para inducción del parto por rotura de membranas espontánea (no artificial) y buenas condiciones cervicales.

En segundo lugar, los reclamantes refieren que la madre fue sometida a diversos tactos vaginales por médicos y residentes, con el consiguiente riesgo de infección que acabo materializándose en corioamnionitis que finalmente padeció.

Al respecto de lo manifestado, el Informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, señala que según el Protocolo "inducción del Trabajo de Parto" del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI (Anexo 1) el manejo activo mediante la inducción del trabajo de parto en las pacientes con rotura prematura de membranas a término ha demostrado acortar el tiempo hasta el expulsivo, reducir la tasa de corioamnionitis y endometritis así como disminuir la tasa de ingresos en Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Nenoatales (UCIN), sin incrementar la tasa de cesáreas.

En el citado protocolo se contempla que se limitarán los tactos vaginales a los mínimos imprescindibles y se realizarán con las medidas de asepsia necesarias, con el fin de evitar la contaminación del canal del parto. Tras la primera exploración no se realizarán más tactos vaginales hasta pasadas 12 horas, salvo que sea preciso por la evolución de la paciente.

Según consta en el curso clínico la paciente fue explorada a su ingreso en paritorio (22:38 horas) aprovechando el momento para colocar el electrodo fetal y el catéter de presión intraamniótica. A las 4:07 horas del día 15/2/2021 (cinco horas y media tras el inicio de la inducción) la paciente expresa sensación de pujo asociada a dinámica regular, por lo que la matrona realiza tacto vaginal. En ese momento la paciente se encontraba ya con 8 cm de dilatación, con presentación fetal en SIDT y asinclitismo posterior y presentaba un quiste en cara anterior de vagina. Se avisa a equipo de guardia que corrobora exploración con un solo tacto vaginal. A las 4:41 horas se evidencia un primer pico febril. Se refuerza analgesia

epidural y se pautan medios físicos, se extrae analítica y se inicia antibioterapia por fiebre intraparto. Se indica control clínico estricto y valorar en 30 minutos. Ante la sospecha de macrosomía fetal se indica avisar en el expulsivo para poner en marcha las medidas preventivas por si tuviese lugar una distocia de hombros.

A los 30 minutos se evidencia un segundo pico febril, asociado a leucocitosis y taquicardia maternofetal, estableciéndose el diagnóstico de corioamnionitis.

La frecuencia de corioamnionitis clínica es variable según los diferentes autores. Se produce en el 1- 2% de los partos a término y el 5-10% de los partos pretérminos. La incidencia es mayor en el contexto de la rotura prematura de membranas. La corioamnionitis histológica es más frecuente que la corioamnionitis clínica. Su frecuencia es del 20% de los partos a término y del 50% de los partos pretérmino (Protocolo de Corioamnionitis del CHUIMI, Anexo 2).

La rápida instauración de medidas terapéuticas conformes a protocolo hizo que cediese la fiebre y se normalizara el registro cardiotocográfico. La madre evolucionó de forma satisfactoria durante el puerperio, siendo dada de alta afebril. La recién nacida no requirió ingreso, aunque sí tuvo una vigilancia en la Unidad de Hospitalización Conjunta por riesgo infeccioso, permaneciendo en todo momento con la madre, con hemocultivos negativos y fue dada de alta sin ningún signo de afectación por la corioamniontis.

En conclusión, cuando se evidenció el primer pico febril solo se había hecho un tacto vaginal desde el ingreso en paritorio. Tan pronto como se tuvo conocimiento, se activó el Protocolo de Fiebre Intraparto del CHUIMI y se inició el tratamiento antibiótico. Se hicieron los mínimos tactos vaginales y siempre indicados según los protocolos del servicio. Ni la madre ni la recién nacida sufrieron ninguna secuela por la corioamnionitis, que fue correctamente diagnosticada y tratada en tiempo y forma.

Por lo tanto, de lo indicado en la historia clínica y los informes, no se extrae que se realizaran diversos tactos vaginales que fueran el origen de la infección que finalmente padeció, de hecho, además del realizado en el momento de ingreso, solo consta realizado uno por la matrona en el momento de la aparición de la fiebre, instaurándose rápidamente el tratamiento antibiótico oportuno, para tratar la corioamnionitis que fue resuelta en tiempo y forma, prueba de ello es que ni la madre ni la hija sufrieron secuelas derivadas de la misma.

En tercer lugar, afirman los reclamantes que debido al infección fue necesario administrar más anestesia epidural a la paciente, que a su vez la dejó sin fuerza para empujar, siendo necesario por último administrarle anestesia general y finalizar el parto mediante el uso de fórceps y la práctica de episiotomía, destacando que los puntos no fueron aplicados correctamente quedando los músculos perineales afectados.

En relación a este punto el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala lo siguiente, la corioamnionitis y la fiebre intraparto ocasionan con frecuencia la necesidad de reforzar la analgesia epidural.

La paciente, una vez iniciado el expulsivo activo (periodo en el que empiezan los pujos voluntarios o dirigidos) realizó pujos durante una hora aproximadamente, sin conseguir la expulsión fetal. Se diagnosticó un expulsivo prolongado asociado a una distocia de rotación de la cabeza fetal, indicándose la realización de un fórceps. Éste se realizó con analgesia epidural.

Tras la salida de la cabeza fetal se produjo una distocia de hombros, situación ya sospechada y para la que se habían tomado las medidas oportunas, estando presentes en el paritorio todo el personal sanitario preciso para su resolución: ginecólogos, anestesistas y personal de enfermería suficiente, acorde al Protocolo de Atención a la Distocia de Hombros del CHUIMI (Anexo 3).

La anestesia general fue administrada tras la salida de la cabeza fetal, y no antes, cuando se estableció el diagnóstico de la distocia de hombros, con la finalidad de facilitar las maniobras extractoras de los hombros y el cilindro fetal, que consistieron en maniobra de McRoberts inicial y posteriormente maniobra de Woods y Woods inverso sin éxito. Finalmente se realizó maniobra de hombro posterior, consiguiendo la extracción fetal completa a los 3 minutos. Se obtuvo un recién femenino de 3925 gr, Test de Apgar al minuto y cinco minutos de 4/9, pH arterial de cordón 7.11, PCO2 78, Exceso de Base de -6 y pH venoso de 7,25 que precisa una reanimación tipo III e ingresa en Transición por la analgesia general administrada a la madre y posteriormente sube con la madre.

La distocia de hombros es una urgencia obstétrica imprevisible e impredecible que puede presentarse durante el parto; pudiendo determinar altas tasas de morbilidad materna así como de morbilidad y mortalidad neonatal. No hay consenso en cuanto a su definición; lo que dificulta el establecer su incidencia, predicción, prevención, relación con lesiones neonatales y manejo. Cuando clínicamente se sospecha una macrosomía fetal, se asiste al expulsivo con todo el personal potencialmente necesario presente en la sala de partos. La mayoría de estos casos se resuelve sin dejar ningún tipo de incapacidad siendo menos del 10% los casos que permanecen con alguna disfunción neurológica.

Durante la revisión del canal blando tras el parto se objetiva un desgarro en cara posterior de vagina que se prolonga hasta el fondo de saco, realizándose la sutura en varios tiempos. Se comprueba también la existencia de un desgarro del esfinter anal tipo 3a, según la clasificación de Sultan y del Royal College de Obstetricia y Ginecología (desgarro del esfinter anal externo <50%), que es la que se usa en el Protocolo de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de las mujeres con desgarro del esfínter anal en el parto (Anexo 4). Se procedió a la reparación de la lesión según técnica protocolizada y se pautó profilaxis antibiótica. Según se recoge en el citado protocolo, se ha confirmado que tras la correcta

reparación del esfínter externo, el 60-90% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. Los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. No existen estudios prospectivos randomizados que permitan recomendar unas actividades específicas y unas pautas de seguimiento de estas pacientes con desgarros de esfínter anal.

El día 13/04/2021 (dos meses más tarde) es valorada en la Unidad de Suelo Pélvico, objetivando una exploración normal, aunque refiriendo la paciente molestias vaginales con la contracción de la misma y sensación de pesadez con la bipedestación. Posteriormente es vista cada dos meses, siendo remitida a Rehabilitación por dolor coxígeo. Última visita el 5/08/2021. La paciente no acude a consulta el 8/03/2022.

En conclusión, la corioamnionitis y la fiebre intraparto ocasionan con frecuencia la necesidad de reforzar la analgesia epidural. No obstante, la fiebre, que había cedido en el momento del expulsivo gracias al tratamiento administrado, no impidió que la dilatación cervical se completara y la paciente pudiera iniciar el expulsivo activo con la analgesia epidural, que también se utilizó para la realización del fórceps. Solo cuando se evidenció la distocia de hombros fue preciso aplicar una anestesia general para facilitar las maniobras de extracción de los hombros fetales. En cuanto a la reparación de la lesión del esfínter anal, se llevó a cabo según protocolo asegurando la correcta reparación anatómica, según se comprobó en el puerperio inmediato y en la visita de seguimiento a los dos meses del parto en la Unidad de Suelo Pélvico.

Resulta acreditado, sin que se aporte prueba en contrario por los reclamantes que el uso de la anestesia general se indicó debido a la distocia de hombros para facilitar la extracción del feto, y por lo que respecta a la defectuosa ejecución de la episiotomía, se realizó conforme a los protocolos, y según indica el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones con buena evolución, de hecho la interesada acudió a controles periódicos en Ginecología y Unidad de suelo pélvico del CHUIMI hasta agosto de 2021 no acudiendo a la consulta programada de fecha 08.03.22.

Por lo tanto, en cuanto a la lesión del esfínter, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que tras el parto se identificó adecuadamente la lesión del esfínter anal y se llevó a cabo la reparación de forma reglada y conforme a protocolo. El seguimiento se ajustó a las recomendaciones existentes en la evidencia científica. Por lo tanto, en la atención de Doña A. T. se han empleado todos los recursos y medidas necesarias e indicadas, mientras ella ha acudido a las visitas de seguimiento.

En cuarto lugar, afirman los reclamantes, que como consecuencia de la asistencia en el parto, el bebé nació con una serie de complicaciones, si bien en principio se le diagnóstico de una tumefacción axilar izquierda, displasia de hombros, paresia facial derecha y equimosis facial izquierda.

Pues bien, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, indica al respecto que según se recoge en la historia de la recién nacida, ésta fue explorada al nacimiento en Paritorio por el equipo de Neonatología encontrándola con aceptable estado general, sin aspecto séptico. Estaba bien oxigenada y perfundida. A la auscultación pulmonar presentaba buena ventilación bilateral y a la auscultación cardiaca se oían latidos rítmicos, sin soplos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Palpación de clavículas normales. Moro simétrico. Caderas no valoradas. Genitales externos normales. Pulsos femorales presentes. Examen neurológico, tono y reactividad acorde con edad gestacional. No se menciona en ningún momento que hubiese al nacimiento tumefacción axilar ni displasia de hombros, habiéndose comprobado la indemnidad de las clavículas y los húmeros tras la distocia de hombros. Se recoge que había un hematoma y equimosis en mejilla izquierda, así como equimosis y escoriación a nivel de región frontal y mejilla derecha, sin que se evidenciasen signos de paresia facial.

Dada la corioamnionitis materna se decide ingreso en hospitalización conjunta por riesgo infeccioso.

Al tercer día se le da el alta con adecuada evolución, alimentación correcta mediante lactancia materna, hemocultivos negativos sin precisar antibioterapia y la siguiente exploración: Buen estado general. No aspecto séptico. Bien oxigenada y perfundida. Normohidratada. Eupneica. AP: buena ventilación bilateral. AC: latidos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Palpación de clavículas normales. Moro simétrico. Bartlow y Ortalani negativos. Genitales externos normales. Pulsos femorales presentes. Examen neurológico, tono y reactividad acorde con edad gestacional. Hematoma y equimosis en mejilla izquierda. Equimosis y erosión superficial a nivel de región frontal y mejilla derecha, paresia facial derecha leve.

En las visitas posteriores no se vuelve a mencionar la paresia facial, por lo que pudo tratarse de un síntoma transitorio tras la aplicación del fórceps, que se resolvió de forma espontánea.

En conclusión, durante la estancia de la recién nacida en el hospital después del parto y hasta el momento de ser dada de alta solo se evidenciaron síntomas leves cutáneos y una paresia facial derecha leve, asociados a la aplicación del fórceps, que se resolvieron de forma espontánea en pocos días. No se apreció en ningún momento la tumefacción axilar ni signos clínicos de hipoxia perinatal.

Con respecto a sí la tumefacción axilar izquierda que presentó la recién nacida, con posterioridad al parto, fue como afirman los reclamantes, consecuencia de la infección de la placenta y líquido amniótico, traemos a colación, lo indicado en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología:

Efectivamente, la recién nacida ingresó el 26 de febrero de 2021 por un tumefacción axilar a estudio, llegándose al diagnóstico de sospecha de necrosis grasa subcutánea del recién nacido (NGSRN).

Tras comprobar la estabilidad clínica del cuadro y descartar complicaciones asociadas, fue dada de alta con seguimiento ambulatorio.

Según consta en la visita de Dermatología de abril de 2021 la lesión había remitido de forma espontánea y completa, sin ninguna secuela y sin haberse asociado a ninguna complicación metabólica.

Se ha procedido a revisar la bibliografía pediátrica al respecto, que se adjunta en los Anexos 5 y 6.

Según se recoge en el artículo de L. Hurtado y colaboradores (Rev Chil Pediatr 2020;91(1):94-98. Doi: 10.32641/rchped.v91i1.1168) la NGSRN es una paniculitis benigna cuyo inicio puede variar a lo largo del período neonatal. Es una afección poco frecuente y se desconoce su incidencia precisa. En un estudio retrospectivo de 20 años sobre NGSRN informan una proporción casi igual de hombres a mujeres (1,14: 1). Con mayor frecuencia se desarrolla en recién nacidos a término (más de 37 semanas de edad gestacional) que han experimentado hipoxia u otro estrés perinatal.

Entre otros factores de riesgo se encuentran:

a) Neonatales: la hipotermia terapéutica para la asfixia, aspiración de meconio, prolapso de cordón umbilical, sepsis, perforación intestinal y cardiopatías congénitas.

b) Maternos: preeclampsia, diabetes gestacional, uso de sustancias (bloqueadores de los canales de calcio, cocaína), consumo y/o exposición pasiva de tabaco, incompatibilidad Rh materno-fetal.

La patogenia de la NGSRN aún no está clara; una hipótesis propone que podría ser resultado de la combinación de hipoxia tisular local y presión mecánica; otra sugiere que el enriquecimiento de los ácidos esteárico y los ácidos palmíticos saturados en la grasa neonatal predispone al tejido a la cristalización a bajas temperaturas.

Clínicamente se caracteriza por múltiples placas o nódulos indurados, con o sin eritema en las mejillas, tronco posterior, glúteos y extremidades; mientras que tronco anterior y abdomen por lo general no están comprometidos.

En nuestro caso, es posible que el origen de la lesión estuviese asociado al estrés de la distocia de hombros y a la presión mecánica que fue necesario ejercer en las axilas, cabeza y hombros fetales hasta conseguir la extracción fetal tras la distocia de hombros. Queda descartada la asfixia perinatal, por no haberse producido, y la sepsis neonatal, ya que gracias al rápido diagnóstico de la corioamnionitis y el tratamiento materno con antibióticos

de amplio espectro, la recién nacida no desarrolló ningún cuadro infeccioso y sus hemocultivos fueron negativos al alta.

La resolución de la mayoría de las lesiones ocurre de forma espontánea en semanas a meses sin dejar secuelas en piel.

La NGSRN suele ser una condición transitoria y autolimitada, sin embargo, pueden presentar complicaciones como hipercalcemia, trombocitopenia, hipoglucemia e hipertrigliceridemia. La hipercalcemia ocurre en el 36 a 56% de los neonatos afectados. Todos esas complicaciones fueron estudiadas y descartadas en nuestra paciente recién nacida.

La NGSRN es una patología que, de no presentar complicaciones, es benigna y autolimitada, sin necesidad de tratamiento. Es importante vigilar a los recién nacidos con especial referencia a la hipercalcemia.

El caso publicado por L. Hurtado se presentó en un neonato cuyo nacimiento se produjo por una cesárea por taquicardia y meconio. En el Anexo 5 puede verse la publicación de Gómez Hernando (Gómez Hernando V, García Gozalo M. Necrosis grasa subcutánea en el recién nacido, a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2020;(28):83-4) con un caso muy similar al que nos ocupa, con aparición de una NGSRN en un neonato tras un fórceps y distocia de hombros posterior, sin asfixia perinatal, con una evolución también satisfactoria de su lesión cutánea.

En conclusión, la recién nacida ingresó a los 11 días por una lesión axilar que se etiquetó de NGSRN. Al tratarse de un entidad muy poco frecuente, se decidió el ingreso para confirmación diagnóstica y descarte de complicaciones asociadas.

Una vez estudiada, fue dada de alta para seguimiento ambulatorio hasta resolución espontanea del cuadro con curación completa y sin secuelas a los 2 meses de vida. No se puede afirmar que la NGSRN fuese consecuencia de la corioamionitis porque en ningún momento del proceso asistencial de la niña se evidenciaron signos de infección.

En conclusión, no se aporta por los reclamantes prueba alguna que permita acreditar que la tumefacción axilar que padeció la recién nacida fuera consecuencia de la infección de la madre, sin embargo, por parte del Servicio de Obstetricia y Ginecología, sobre la base de artículos científicos, se ofrece una explicación, con base médica señalando que el origen de la lesión pudiese estar asociado al estrés de la distocia de hombros, revelando que en todo momento se pusieron a disposición dela paciente todos los medios diagnósticos y de seguimiento para lograr el restablecimiento de su salud, como finalmente ocurrió, a día de hoy la recién nacida presenta una curación completa y sin secuelas.

Por último, en cuanto a las manifestaciones realizadas por los reclamantes sobre los movimientos involuntarios de cabeza que presentó el bebé, con fecha 15 de diciembre de 2021 y su origen en el estrés del parto, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología

señala que, a los 10 meses de vida, en diciembre de 2021, la niña presenta por primera vez unos movimientos paroxísticos de materialización de la cabeza, por lo que es valorada en Neurología Pediátrica.

En las visitas se revisan pruebas complementarias disponibles hasta ese momento, incluidas las realizadas en el periodo perinatal y primeros meses de vida.

Ecografía cerebral (1/3/2021) normal, con el siguiente informe: "Parénquima cerebral normal, con correcta conformación de surcos corticales. Fosa posterior sin lesiones expansivas. Sistema ventricular de tamaño y morfología normales. Vascularización Doppler cerebral sin alteraciones".

Se realiza exploración neurológica en diciembre de 2021, que está dentro de la normalidad. Se realizan TAC y RM que son normales. Última visita en agosto 2022 con exploración normal y buena evolución neurológica, con leves alteraciones en el electroencefalograma de dudosa significación patológica. El diagnóstico actual es de movimientos paroxísticos de lateralización cefálica. a descartar síndrome convulsivo parcial, tics, trastorno paroxístico no epiléptico.

La niña fue valorada por múltiples profesionales desde el nacimiento hasta la aparición de los movimientos cefálicos actualmente en seguimiento. En ninguna de las visitas se ha hecho mención a estos síntomas, que no pueden achacarse a asfixia perinatal ya que ésta no se produjo. Es cierto que el parto fue costoso y que se produjo una distocia de hombros tras el fórceps, pero se solucionó de forma rápida y eficiente, obteniendo un recién nacido sano, con Ph normal y test de Apgar de 9 a los cinco minutos, sin ninguna evidencia de hipoxia perinatal ni sufrimiento fetal. Su evolución hasta el alta fue normal y nunca hubo signos de infección.

Por otro lado, en los informes clínicos disponibles de la niña (última visita en Neurología el 31/8/2022) se evidencia una evolución satisfactoria, con desarrollo psicomotor acorde a su edad sin precisar tratamiento, aunque se han mantenido las visitas de seguimiento hasta filiar los síntomas, en todo caso sugerentes de buen pronóstico.

En conclusión, la niña actualmente está en seguimiento por unos síntomas neurológicos sin diagnóstico concluyente, con exploración neurológica normal, pruebas de imagen normales y electroencefalograma con alteraciones de dudosa significación patológica. Los síntomas tienen buen pronóstico y actualmente no tiene tratamiento. No hay ninguna evidencia de asociación entre estos síntomas inespecíficos aparecidos a los 10 meses de vida y el parto.

Cabe señalar que el Informe del Servicio de Neonatología incorporado al expediente señala que en el seguimiento neurológico de la menor, el resultado de los electroencefalogramas, TAC y RMN cerebral han sido normales.

En materia probatoria, no cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba. Así lo señala la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) al indicar que "corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama".

Frente a lo indicado, en este caso los reclamantes no han aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que se vulneró la lex artis médica, durante el parto, ni en las asistencias posteriores a que se les sometió. Por el contrario, los informes de los responsables de los servicios involucrados en la atención de la gestante y su hija, abordan todas las cuestiones controvertidas y ofrecen explicaciones solventes a las pretendidas deficiencias que se plantean, con argumentos que se apoyan en los datos reflejados en la historia clínica y en criterios médicos.

La Administración, a través por un lado de la secuencia de hechos obrante en la historia clínica y por otro, de los informes incorporados al expediente, ha logrado acreditar, que en la asistencia sanitaria prestada se pusieron a disposición de la madre y la recién nacida todos los medios diagnósticos y terapéuticos para lograr el restablecimiento de su salud, primero resolviendo de forma adecuada la infección (corioamnionitis) que fue diagnosticada en tiempo y forma, sin que la madre y la recién nacida presentaran secuelas y segundo, resolviendo de forma adecuada la emergencia sanitaria que supuso la distocia de hombros para la recién nacida, sin que a día de hoy presente secuelas y la lesión de ano que presentó la madre.

Ni la tumefacción axilar ni los movimientos paroxísticos de lateralización de cabeza de la menor guardan relación causal con la corioamnionitis como se acredita en los informes incorporados al expediente por el Servicio de Ginecología y Neonatología sin que por parte de los reclamantes se aporte prueba en contrario que permita rebatir su contenido».

4. En conclusión, teniendo en cuenta que, por una parte, los interesados no han aportado medio de prueba alguno con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueven (art. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC); y que, por otra parte, a tenor del contenido de los diversos informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.