Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 3 7 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de octubre de 2025.

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 (...), en nombre y representación de (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 399/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 10 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita dictamen del Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria 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. Se reclama una indemnización por importe de 470.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC) y 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis de la Propuesta de Resolución resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); y también la Ley 14/1986, de 25 de abril,

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. Sobre la legitimación activa, son de aplicación los reiterados y conocidos criterios de este Consejo (v., p. ej., el Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterados en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero y en otros, y sostenidos en la legislación y jurisprudencia aplicables, también conocidas y reiteradas, criterios que cabe transcribir:

«La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la

legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

(...) Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de los padres de la menor (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1., letra a) LPACAP], legitimación activa que no se niega por la propia Administración Pública sanitaria.

Además, tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes 564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

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

5. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde también a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicios Canario de la Salud (SCS), titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del propio Servicio corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 30 de septiembre de 2021 respecto de un daño acaecido el 30 de septiembre de 2020, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa aún y en todo caso el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

Debe, no obstante, hacerse por el Consejo una observación sobre las actuaciones probatorias, siquiera sea meramente obiter dicta pues, de haberse producido una anomalía, ha sido admitida por la reclamante lo que impide atribuirle ninguna consecuencia lesiva para los derechos que le correspondería, según la ley.

Del expediente resulta que fue propuesta prueba testifical, mediante la declaración de varios profesionales que asistieron, en algún momento de los hechos que motivan el expediente, a la propia reclamante o a su hija recién nacida. Hecha la proposición de prueba, el órgano instructor acordó lo siguiente:

«En aras de mantener la capacidad asistencial que permita seguir realizando la actividad sanitaria programada y evitar desajustes en aquella, provocados por la ausencia del personal sanitario, por razones organizativas y de eficacia asistencial se considera conveniente que la citada prueba testifical se realice por escrito.

A tal efecto, deberá remitir en un plazo de 15 hábiles el interrogatorio de preguntas a formular a los testigos que proponga que no podrán exceder de 3, y que responderán por escrito».

En ocasión anterior y ante una decisión idéntica, entendió el Consejo (Dictamen 221/2025, de 20 de mayo), a la luz de la jurisprudencia más reciente (STS de 29 de noviembre de 2023, recurso 8445/2021), que una limitación de las propuestas de prueba y de la participación del interesado en ellas, en los términos descritos, excede de las facultades del instructor quien -dice el TS de modo que invita a la reproducción- *no es el dueño del procedimiento*. Autorizada doctrina ha interpretado

también que los criterios fijados en la referida STS como constitutivos de jurisprudencia son de aplicación a todos los expedientes y no solo a los expedientes sancionadores, dados los términos del debate de casación ante el TS y el objeto de su pronunciamiento, el cual era y fue la determinación de si del art. 78 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se deduce la obligación para el instructor de comunicar a los interesados los datos referidos a la práctica de la prueba testifical, a los efectos de que puedan estar presentes.

Y sobre ello sentenció el TS que los términos en que está concebido el artículo 78 conducen directamente a la conclusión de que contempla la presencia en la prueba del interesado. Y, en especial, en supuestos como el de autos.

En el Dictamen más arriba citado y en aplicación de los razonamientos del TS en esa y otras resoluciones y también de nuestra propia doctrina sobre la prueba en el proceso administrativo, el Consejo sostuvo lo siguiente:

«Sin embargo, la propia instructora decide que esta declaración testifical se lleve a cabo por escrito, aduciendo las necesidades o conveniencias del funcionamiento del SCS -véase que del servicio propio del organismo SCS, no del expediente propiamente dicho- que no se concretan ni detallan y que parecen, al menos a primera vista, de carácter abstracto y genérico, susceptibles de invocarse para cualquier situación similar: "en aras de mantener la capacidad asistencial que permita seguir realizando la actividad sanitaria programada y evitar desajustes en aquella, provocados por la ausencia del personal sanitario, por razones organizativas y de eficacia asistencial", [afirmación idéntica, esta última, a la que se produce en este caso].

No se considera la prueba ni improcedente ni innecesaria.

A continuación se requiere a la reclamante para que presente un interrogatorio escrito y se le apercibe de que su falta no impedirá la continuación del procedimiento, (como ocurrió efectivamente: no se practicó la prueba). No consta que se hiciera previsión de fechas o circunstancias, ni de lugar y forma en los que, incluso por escrito, pudiera permitirse ninguna otra intervención a la reclamante, que no fuera la de remitir un pliego de preguntas. (...)

Pues bien, a la vista de ello, se ha de decir que en el parecer de este Consejo la decisión -que cabe llamar unilateral- adoptada en este caso y del modo descrito por el instructor, de tomar declaración por escrito a la testigo propuesta, no puede encontrarse amparada, como es debido, en una causa legal que le habilite (al instructor) para practicar en esa forma -no oral- la prueba testifical, ni resulta justificada en el expediente, pues no es en nuestro criterio razón bastante la alegada conveniencia -como ella misma reconoce expresamente- de

la Administración sanitaria, es decir, de la propia parte [SCS] o de la propia testigo, que no se sustenta en necesidades concretas y explícitamente detalladas.

En tales condiciones y circunstancias, el Consejo entiende que la práctica por escrito de la testifical resultaría contraria a los mandatos de los arts. 77 y 78 LPACAP y que su falta de práctica es una infracción de dichos preceptos que vicia el expediente y la propia Propuesta de Resolución».

Además, cabría añadir que la limitación del número de testigos se produce sin ninguna motivación, de plano, y que uno de los testigos, cuyo nombre fue facilitado al reclamante por el propio SCS, resultó no haberlo sido de los hechos que se trataba de acreditar.

Sin embargo, es la relevancia o trascendencia intrínseca o propia de la cuestión la que impide no referirse a ella, pues en este caso, a diferencia del que motivó el dictamen reseñado, no hubo protesta ni reclamación de la interesada, que se aquietó y conformó con lo resuelto por el instructor, por lo cual ningún reparo debe formularse al expediente.

II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su hija menor.

A este respecto, exponen en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«Primero.- (...) ingresó en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria el día 29 de septiembre de 2020, para ser sometida a una cesárea programada.

Segundo.- La intervención en cuestión se realizó en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno- Infantil de Gran Canaria, dependiente del Servicio Canario de Salud, en el que se tiene asignado a la compareciente el nº de historia clínica 168405. Según dicha historia clínica, la compareciente llegó al centro el día 29 de septiembre de 2020 a las 8:24 horas, produciéndose el parto a las 12:50 horas, siendo asistida por la médico (...), Médico interno residente (MIR) (...); y, por la matrona (...). Firmando el informe de alta el médico especialista del área Ginecología- obstetricia (...); y, la Doctora, médico interno residente, (...)

Tercero.- A las 12:50 del día nace la menor (...), que ya en el embarazo tenía diagnosticado GASTROSQUISIS, sin que algo se hubiere manifestado por el facultativo acerca de "TOMBOCITOPENIA, HIPERTROFIA CONCÉNTRICA VENTRICULAR IZQUIERDA, HIPOXEMIA REFRACTARIA Y ANEMIA". Sin embargo, a las dos horas nueve minutos del día siguiente, 30 de septiembre de 2020, fallece. Practicándose la autopsia ese mismo día, confirmando el diagnóstico clínico, cuyo tenor literal manifiesta lo siguiente: "RNPT 35 SEG gastrosquisis, anemia, trombocitopenia, hipertrofia concéntrica ventricular izquierda, hipotermia refractaria, éxitus" (...) .

Cuarto.- El día 30 de septiembre de 2020 recibe alta del servicio de neonatología por exitus, el que se produce tan solo trece horas después de su nacimiento. Alta que recoge el diagnóstico de la recién nacida, que no solo engloba la gastrosquisis sino que se especifican anomalías que nunca antes fueron diagnosticadas (...) .

Quinto.- Sin embargo, hasta el día 1 de octubre de 2020 no se procede dar el alta hospitalaria a la progenitora materna, conteniendo en el informe recomendaciones propias de una cesárea, sin que se especifica ninguna especialidad puesto que el estado de (...) era normal (...) .

Pero es que el diagnóstico que se recogió en el informe de alta de la menor y en la autopsia, nunca fue diagnosticado antes, pudiendo haberlo hecho. En todo momento se manifestó a los progenitores que el feto presentaba gastrosquisis pero que no era mayor complicación. Que la niña podía nacer perfectamente y que al momento del nacimiento se le practicaba la intervención necesaria para reconocer las vísceras en el interior del cuerpo de la menor y podía continuar la vida, sin mayor complicación. Sin embargo, trece horas después de su nacimiento fallece por gastrosquisis, no siendo, al parecer, esta la única razón, sino que la desgraciada sorpresa es que la menor además presenta anemia, trombocitopenia, hipertrofia concéntrica ventricular izquierda, hipotermia refractaria. Todo esto último jamás se le había diagnosticado durante el embarazo.

Y decimos desgraciada sorpresa, porque nunca se advirtió a los padres de la posibilidad de este fatal desenlace; nunca se le informó, en ninguno de los controles, ni tan siquiera en la ecografía morfológica, que la niña presentaba otras anomalías adicionales y que en conjunto si existía la posibilidad de producirse el exitus, pues quizás de ser advertidos en tiempo y forma los progenitores podían haber optado por interrumpir el embarazo o asumir el riesgo pero con el conocimiento y consentimiento de continuar a sabiendas de las complicaciones. Nunca se les advirtió, nunca se les dio la posibilidad de decidir, siendo todo el diagnóstico susceptible de prever si se practicaran las pruebas pertinentes. Toda vez que el desarrollo del embarazo fue bueno, nada pudo levantar las sospechas de (...) y de Mahy, los que esperaban a su hija con el conocimiento de la gastrosquisis que presentaba, sin más. Sin un diagnóstico clínico nunca se podía haber sospechado, por los padres, que estas complicaciones existieren en el organismo de su hija, por cuanto tras el parto a los

progenitores se le practica prueba de laboratorio, con el fin de descartar que lo padecido por la hija de ambos fuere genético, lo que se descartó por completo en uno y en otro; además de haber recibido durante el embarazo la información consistente en que la esperanza de vida del bebé que nace con gastrosquisis no se pone en duda y que simplemente requiere una intervención sencilla al nacer, sin mayor complejidad. Intervención que no le llegaron ni a practicar según obra en los informes aportados (...)

En el caso de autos, del relato de hechos que se dejó señalado, queda claro que tanto la sintomatología, como las propias pruebas realizadas en el centro hospitalario, debieran haber provocado una actividad sanitaria distinta, pues de haberse practicado las pruebas suficientes para descartar el diagnóstico que luego se informó de la recién nacida podía haberse encausado el embarazo de la manera que los progenitores hubieren decidido. Todo ello dado que la gastrosquisis si se le detectó desde la primera visita obstétrica, pero nunca se le diagnosticó nada más grave o que unida a la gastrosquisis pudiera producir el óbito.

Es evidente que el Centro Hospitalario al que nos referimos, es un centro de primer orden a nivel nacional, y que con el estado de conocimiento de la ciencia, y con los medios técnicos y humanos con los que cuenta aquel centro hospitalario, una simple ecografía hubiese detectado el error e incluso una amniocentesis. Siendo esta última una prueba que nunca se le propuso a los progenitores (...)

V.- Origen.- EL fallecimiento de India fue causado por la mala praxis profesional tanto durante el embarazo, la cesárea, como después del nacimiento, en el que, tal como se describe en los hechos recogidos más arriba, se erró en no diagnosticar las patologías, dificultades y anomalías que le dieren esperanza o no de vida a la menor, para que así los progenitores pudieran consentir o no la interrupción del embarazo, o la continuación este; así como la práctica de las actuaciones que se efectuaron sobre la menor ya sabiendo en el estado en que se encontraba al nacer. Todo hubiera podido evitar el terrible desenlace.

Por estas razones, se estima que la indemnización que debiera percibir la compareciente por las secuelas sufridas, por los daños morales sufridos, y por los gastos futuros que la mala praxis profesional le ha ocasionado, es de CUATROCIENTOS SETENTA MIL EUROS (470.000,00 €) atendiendo a las siguientes consideraciones (...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 2 de octubre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

« (...) RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Según la documentación de su historia clínica, se trata de una mujer nacida el 18/04/1988, primigesta, de 32 años al momento del parto, con antecedentes médicos de asma, en tratamiento de mantenimiento semanal con Anasma®.

2.- Acude a la primera consulta obstétrica en el CAE (Centro de Atención Especializada) el 27/04/2020, donde se describe una exploración ginecológica normal. En la exploración ecográfica se visualiza una gestación única activa intrauterina, según medición se correspondía a una edad gestacional de 13 semanas y 3 días, con una translucencia nucal de 1,3 mm (normal). El feto presenta a nivel abdominal lo que parecen ser asas intestinales libres en líquido amniótico, lo que sugiere un posible defecto en la pared abdominal. Por este motivo, se deriva a la Unidad de Diagnóstico Prenatal (UDP).

3.- La paciente es valorada por la UDP el 30/04/2020 (edad gestacional: 13 semanas + 6 días). En la ecografía realizada, se describe un feto vivo con actividad cardíaca presente y un corazón de apariencia normal (es decir, sin anomalías visibles en su forma o tamaño). El Doppler tricuspídeo es negativo (es decir, sin signos de regurgitación o insuficiencia de la válvula tricúspide, ya que la presencia de un Doppler positivo suele considerarse un marcador ecográfico de anomalías cromosómicas) y el Doppler del ductus venoso es normal (el ductus venoso es un vaso sanguíneo fetal que permite el flujo de sangre rica en oxígeno desde la placenta al corazón; un resultado "normal" indica que el flujo es adecuado y no hay indicios de problemas circulatorios o cardíacos). Placenta y líquido amniótico normales. Cordón umbilical con tres vasos.

Se confirma el diagnóstico de gastrosquisis: "se ven las asas intestinales flotando libremente en el líquido amniótico, las cuales no están cubiertas por ninguna membrana". El informe de la ecografía señala que se trata de una anomalía esporádica (con una incidencia de 1 en 4000 recién nacidos) que rara vez se asocia a anomalías cromosómicas, aunque puede estar vinculada a otras malformaciones en un 10-30% de los casos, como atresia intestinal debido a estrangulación o infartos durante la vida fetal.

Además, se explica que la evisceración intestinal ocurre a través de un pequeño defecto abdominal, localizado generalmente a la derecha del cordón umbilical intacto. La supervivencia postoperatoria es superior al 90%, y la mortalidad suele ser consecuencia del síndrome de intestino corto en casos complicados por obstrucción intestinal prenatal.

Se añade que la paciente aporta los resultados del cribado del primer trimestre realizado en el CAE, que indican un riesgo de 1/742, sin marcadores ecográficos de cromosomopatías (translucencia nucal normal, hueso nasal presente, flujo sanguíneo a través del ductus venoso normal, y ausencia de insuficiencia tricuspídea).

El cribado del primer trimestre es una prueba combinada que evalúa el riesgo de que el feto tenga ciertas anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down (trisomía 21). Se basa en datos de ecografías (pliegue nucal) y análisis de sangre, donde se miden dos hormonas

importantes: PAPP-A (Proteína A plasmática asociada al embarazo) y B-HCG (Gonadotropina coriónica humana).

Este riesgo se calcula combinando factores como la edad materna, los resultados de la ecografía y los niveles hormonales en sangre.

A partir de entonces, se realiza un seguimiento mixto, con consultas con obstetra en el Centro de Atención Especializada (CAE) (fechas: 10/08/2020, 25/08/2020, 24/09/2020) y controles seriados en la Unidad de Diagnóstico Prenatal (UDP).

4.- Se realiza una ecografía el 25/05/2020 en la UDP (edad gestacional: 17 semanas + 3 días), sin cambios con respecto a la exploración previa. A nivel del corazón se describen: "4 cámaras normales, tractos de salida normales y corte de tres vasos normal". Se observan "asas intestinales en líquido amniótico, no edematosas y no dilatadas". Se realiza una interconsulta al Servicio de Cirugía Pediátrica.

5.- En fecha 16/06/2020, en la semana gestacional 20+ 4 días, se realiza, según protocolo, la ecografía morfológica.

La paciente firma el consentimiento informado de ecografía de diagnóstico prenatal, en el cual consta que:

"La precisión de la técnica depende de la edad gestacional, el tipo de anomalía (algunas tienen poca o ninguna expresión ecográfica), de la postura fetal y de las condiciones de la gestante, tales como obesidad".

"La literatura médica recoge una sensibilidad media del diagnóstico ecográfico del 56%, en un rango establecido entre el 18% y el 85%, no obstante, en nuestra Unidad se alcanzan valores que rondan el 90%".

La ecografía "permite descartar anomalías morfológicas fetales" pero "solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.). Por tanto, el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nazca sin algún tipo de alteración o retraso mental" (...) "En algunos casos, la detección es forzosamente tardía (...) dado que tales patologías se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación".

En dicha ecografía se confirma el diagnóstico de gastrosquisis, observándose un defecto en la pared abdominal, en el lado derecho de la inserción del cordón umbilical de 8,8 mm, a través del cual han herniado asas intestinales, que se encuentran flotando en el líquido amniótico, sin signos de complicación (no edematosas ni dilatadas). El estómago y el tracto gastrointestinal se presentan normales. El corazón se describe con morfología normal: "4 cámaras normales, tractos de salida normales y corte de tres vasos normal".

En el informe de la ecografía se indica que, salvo por la gastrosquisis, "en el resto de la exploración no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no se pueden descartar las que no tienen expresión ecográfica o las que se presentan de forma avanzada en el tercer trimestre".

Consta que los padres habían realizado una cita con cirugía pediátrica para la explicación del manejo postoperatorio.

6.- 09/07/2020: En la UDP, control a las 23+6 semanas de gestación, sin novedades. Se consensua con la paciente realizar seguimiento con controles seriados en la Unidad, inicialmente de manera mensual, y, según la evolución clínica, podrían hacerse más frecuentes.

7.- 10/08/2020: Cita en el CAE. Se sospecha que se trate de un feto PEG (Pequeño para la Edad Gestacional), se registra percentil 3. Se indica Doppler fetal normal.

8.- 13/08/2020: En la UDP, control a la semana 28 + 6 días. Las asas intestinales intraabdominales no se encuentran dilatadas y las extrabdominales miden entre 5 y 6 mm, lo cual es normal, con peristaltismo normal. Se indica biometría acorde con la edad gestacional (percentil 28,9).

9.- 24/08/2020: En la UDP, control a la semana 30 + 3 días. Se comienza a objetivar leve dilatación de las asas intestinales intraabdominales (6-7 mm) con peristaltismo normal. Las asas extrabdominales son normales (miden entre 5 y 6 mm) y con peristaltismo normal.

10.- 25/08/2020: Cita en el CAE, la paciente aporta control de movimientos fetales siendo normales.

11.- 26/08/2020: En la UDP, control a la semana 30 + 5 días. Las asas intraabdominales se encuentran levemente dilatadas, similar a la ecografía previa, con peristaltismo normal. Las asas extrabdominales son normales (7-8 mm) con peristaltismo normal.

12.- 28/08/2020: En la UDP, control a la semana 31. Sin cambios respecto a la última ecografía.

13.- 01/09/2020: En la UDP, control a la semana 31 + 4 días. Las asas intestinales intraabdominales miden entre 4 y 8 mm, con peristaltismo presente, sin signos de compromiso intestinal. Un asa localizada en el lado izquierdo mide entre 9-10 mm.

14.- 03/09/2020: En la UDP, control a la semana 31 + 6, similar a la previa.

15.- 07/09/2020: En la UDP, control a la semana 32 + 3 días. Las asas intestinales miden entre 7 y 10 mm intraabdominales, con peristaltismo presente, sin signos de compromiso intestinal, similar a la última exploración.

Se realiza Doppler del ductus venoso que indica un flujo sanguíneo normal (onda A positiva) sin signos de resistencia excesiva (IPV normal, 0,42). Estos hallazgos son indicativos de una buena función cardiovascular fetal y una perfusión adecuada desde la placenta.

16.- 10/09/2020: En la UDP, control a la semana 32 + 6. Exploración similar a la previa. Dilatación de asas intraabdominales entre 7-10 mm con peristaltismo. Doppler fetal normal (normal flujo sanguíneo en los vasos del feto y del cordón umbilical).

17.- 14/09/2020: En la UDP, control a la semana 33 + 3. Exploración similar a la última. Dilatación de asas intraabdominales entre 7-13 mm con peristaltismo normal. TNE (trazado tococardiográfico no estresante, es decir, en condiciones normales) descrito como "reactivo con buena variabilidad", es decir normal. Se decide volver a valorar de nuevo con el comité multidisciplinar.

18.- 17/09/2020: En la UDP, control a la semana 33 + 6. Dilatación de asas intraabdominales entre 7-15 mm con peristaltismo normal. Doppler fetal normal. Líquido amniótico normal.

En el informe de dicha visita consta que, tras revisión de la literatura médica, se considera prudente mantener una actitud expectante hasta la semana 36-37, siempre que las asas intestinales intraabdominales no superen los 20-22 mm según la edad gestacional.

19.- 23/09/2020: En la UDP, control a la semana 34 + 5 días. En la ecografía realizada, además de la gastrosquisis con dilatación de asas intraabdominales con un diámetro máximo de 15 mm y peristaltismo normal, se observa una "imagen ecográfica con contenido líquido que pudiera ser quiste intestinal u ovárico", de difícil filiación, además de quiste de cordón umbilical. Doppler fetal normal. Líquido amniótico normal.

En la biometría el feto presenta un retraso del crecimiento intrauterino (percentil 12,7).

Se realiza TNE (trazado tococardiográfico): que es normal (reactivo, con buena variabilidad, aceleraciones transitorias presentes, una desaceleración variable leve que cede espontáneamente) y no muestra contracciones uterinas. Esto es indicativo de bienestar fetal y de que aún no ha iniciado trabajo de parto de forma espontánea.

Se indica que se comentará el caso con cirugía pediátrica el día siguiente.

20.- La paciente ingresa en la semana gestacional 35+4, el día 29/09/2020, tras consensuar extracción fetal con cirugía pediátrica para cesárea electiva.

Según nota clínica del ingreso, se describe que: "Tras valorar el caso en varias ocasiones con cirugía pediátrica se decide manejo expectante hasta semana 34 y seguimiento, y posteriormente se decide cesárea electiva por riesgo de compromiso de asas por la dilatación de las mismas."

21.- Al ingreso, la parturienta presenta una tensión arterial normal. El feto se encuentra en posición cefálica, con frecuencia cardíaca fetal normal y bolsa amniótica íntegra.

22.- Se realiza cesárea y, a las 12:50 horas del 29/09/2020, se extrae sin incidencias un recién nacido en presentación cefálica, bañado en líquido amniótico claro. Se objetiva el defecto de pared abdominal ya conocido. El peso del recién nacido es de 2100 g, con una puntuación de Apgar de 6 al primer minuto, que se mantiene en 6 a los 5 minutos. El pH de la arteria umbilical es 7,38 (normal).

Al nacimiento, el bebé presenta una frecuencia cardíaca >100 lpm (normal), respiraciones espontáneas, coloración azul pálido y "múltiples hematomas y petequias". Se aspiran las secreciones orofaríngeas, no se requieren maniobras de reanimación. Por parte de cirugía se recubren las asas intestinales con gasa impregnada en suero fisiológico y se introducen en una bolsa de polietileno. El recién nacido es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) sin incidencias.

23.- Al ingreso en la UCIN, el recién nacido presenta: mal aspecto general, palidez mucocutánea, petequias generalizadas periféricas y hematomas en miembros superiores, inferiores, tronco y región periorbitaria. No se evidencia fractura clavicular. El bebé está eupneico y la auscultación pulmonar y cardíaca es normal. Se observa exposición de asas intestinales dilatadas sin signos de isquemia aguda. El tono muscular está disminuido y el bebé está hipoactivo y poco reactivo a la manipulación.

En la analítica realizada al ingreso en UCIN destacan anemia severa, trombopenia e hipoglucemia. Se realiza una transfusión urgente de hematíes y plaquetas, y se administra un bolo de suero glucosado y suero fisiológico. Se inicia antibioticoterapia.

Se revisa el abdomen por cirugía, sin evidenciar sangrado activo. En la ecografía transfontanelar tampoco se observa sangrado.

Se realiza ecocardiografía postnatal que muestra: inversión de flujo en ambas venas cavas; defecto interauricular con foramen oval permeable (defecto en la pared que separa las aurículas del corazón); insuficiencias mínimas en las válvulas auriculoventriculares (pequeño reflujo de sangre); hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo y hipoecogenicidad en los músculos papilares; hipertensión en las arterias pulmonares; ducto arterioso persistente con shunt bidireccional de predominio izquierda a derecha (permite el paso de sangre entre la aorta y la arteria pulmonar); disfunción severa biventricular con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) alrededor del 20%; y derrame pericárdico leve.

Juicio diagnóstico: hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo y disfunción sistodiastólica severa biventricular.

En las horas siguientes, se observa un mayor deterioro con acidosis metabólica severa. Se realiza intubación orotraqueal y se conecta al bebé a ventilación mecánica. A las 19:30 horas del 29/09/2020, presenta paro cardiorrespiratorio y requiere maniobras de reanimación avanzada. Experimenta varios episodios de parada cardiorrespiratoria con gran

inestabilidad hemodinámica entre ellos, refractario a todo tipo de soporte. Fallece a las 02:09 del 30/09/2020.

Diagnósticos que constan en informe de alta de recién nacido por exitus: gastrosquisis, anemia, trombopenia, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, shock multiorgánico, hipoxemia neonatal, y exitus.

24.- La puerpera permanece ingresada en el Servicio de Obstetricia hasta el 1/10/2020, recibiendo el alta hospitalaria 48 horas después de la cesárea. Durante el puerperio, que cursa de forma fisiológica, presenta una anemia leve y requiere ajustes en el tratamiento analgésico debido al dolor. Además, muestra gran ansiedad y episodios de llanto, en línea con su proceso de duelo. El 30/09/2020, es evaluada por psicología, que descarta síntomas de alarma (sin ideación suicida ni autolítica) y confirma que está atravesando un proceso de duelo normal.

25.- En el informe clínico del Servicio de Genética del 29/08/2021, el análisis del material genético de la recién nacida no ha detectado ninguna variación en el número de copias, lo que indica que el estudio genético no ha hallado anomalías cromosómicas ni mutaciones genéticas.

26.- Posteriormente, se realiza un estudio hematológico debido al antecedente de trombopenia severa en el recién nacido, con el fin de obtener asesoramiento reproductivo. Este estudio descarta la presencia de anticuerpos antiplaquetarios en el suero de la paciente que puedan justificar la trombopenia neonatal.

En el informe de consultas externas del servicio de hematología infantil de enero de 2021 se menciona que, "en el periodo neonatal inmediato, se objetiva anemia grave secundaria a transfusión fetomaterna y manifestaciones hemorrágicas cutáneas sin sangrado a otro nivel".

Este diagnóstico de transfusión materno-fetal se basa en los hallazgos de la analítica realizada a la puerpera el 29/09/2020, durante el postparto, que revela un volumen de hemorragia fetomaterna de 73 mL.

27.- La autopsia del recién nacido concluye lo siguiente:

Recién nacido de 35 semanas de edad gestacional, de sexo femenino, que presenta:

Longitud vértex-coxis y longitud del pie disminuidas para la edad gestacional.

- *Gastrosquisis.*

Hígado aumentado de tamaño con signos de congestión pasiva y hematopoyesis extramedular.

Aumento del peso cardíaco, con hipertrofia de ambos ventrículos y miocardio del ventrículo izquierdo compuesto por una red de trabeculaciones prominentes, con abundantes restos hemáticos, compatible con miocardiopatía no compactada.

En la descripción macroscópica consta que: "a la apertura de las cavidades, no se observan malposiciones ni malformaciones aparentes, apreciándose corazón en posición normal".

CONCLUSIONES:

1.- Gastrosquisis:

La gastrosquisis es una anomalía esporádica que consiste en la evisceración intestinal a través de un pequeño defecto abdominal, localizado generalmente a la derecha del cordón umbilical intacto. Se suele diagnosticar mediante una ecografía prenatal. Es una condición para la cual se recomienda mantener una vigilancia con frecuencia variable y adaptada a cada caso. Se trata de una condición que raramente se asocia a anomalías cromosómicas, aunque puede estar vinculada a otras malformaciones en un 10-30% de los casos.

En fase prenatal, la paciente había sido sometida a un control seriado por la Unidad de Patología Neonatal tras el hallazgo de gastrosquisis (diagnosticada en la semana 13 de gestación), con el objetivo de monitorizar el feto mediante ecografías, con especial atención a la evaluación del estado de las asas intestinales (dilatación, complicaciones) y la presencia de peristaltismo (contracciones intestinales que facilitan el movimiento del contenido digestivo). Estos parámetros son fundamentales para determinar la decisión de finalizar el embarazo. Otros parámetros ecográficos, que no han sido hallados en el caso reclamado y que estarían asociados con peores resultados perinatales en fetos con gastrosquisis, son la dilatación gástrica, variaciones en la cantidad del líquido amniótico, la presencia de fluido meconial, alteraciones Doppler de la arteria umbilical, y la desaparición de la dilatación de las asas de forma aguda.

En el caso reclamado, el manejo se ha realizado de forma expectante, con citas con una frecuencia adecuadamente adaptada al caso, evaluando puntualmente el riesgo de compromiso de las asas y los efectos de la prematuridad en estos casos (mayor riesgo de sepsis, problemas intestinales, complicaciones quirúrgicas, prolongación de la nutrición intravenosa, mayor estancia hospitalaria), con el objetivo de obtener un pronóstico fetal favorable.

Se ha mantenido esta actitud expectante debido a que, en todo momento, se ha observado una evolución aceptable, sin complicaciones intestinales ni indicios de pérdida de bienestar fetal, y las asas intestinales han permanecido dentro de los parámetros normales para el manejo de estos casos. El último valor registrado del diámetro de las asas intraabdominales fue de 15 mm, siendo prudente que las asas intestinales intraabdominales no superen los 20-22 mm según la edad gestacional y siendo un dato de peor pronóstico una

dilatación de las asas intestinales intraabdominales mayor a 25 mm, lo cual se asocia con un mayor riesgo de complicaciones prenatales a corto plazo, como sufrimiento fetal o muerte fetal intrauterina.

Inicialmente, se consideró prudente esperar hasta la semana 36-37 de gestación para finalizar el embarazo, pero, dada la progresiva dilatación de las asas y el riesgo potencial asociado de compromiso intestinal, se decidió, de forma consensuada con el Servicio de Cirugía Pediátrica, realizar una cesárea electiva a la semana 35+4 de gestación.

La corrección de una gastrosquisis puede realizarse, según el tipo de defecto y el estado clínico del recién nacido, mediante una reparación quirúrgica inmediata o en etapas. En el caso reclamado, se utilizó una técnica por etapas, que consiste en colocar los intestinos en una bolsa para su reducción progresiva hacia la cavidad abdominal, seguido de un cierre quirúrgico final.

2.- Transfusión feto-materna:

- La evolución clínica del neonato hacia el exitus fue inesperada y no parece estar relacionada con el manejo durante el parto, ya que la cesárea se realizó sin incidencias ni complicaciones. El neonato nació vivo, con respiración y latido espontáneos, no requirió maniobras de reanimación y el pH de la arteria umbilical era normal, lo que sugiere que el feto no pasó por una situación de asfixia o estrés metabólico durante el parto.

- Tampoco parece haber una relación con el hallazgo prenatal de gastrosquisis, ya que esta condición fue controlada de forma seriada sin evidencia de complicaciones ni compromiso intestinal o fetal. Está demostrado que la vigilancia fetal se asocia generalmente con un mejor pronóstico neonatal. La gastrosquisis, en términos generales, se asocia con una buena supervivencia postoperatoria (superior al 90%), aunque puede predisponer a complicaciones como infecciones, problemas intestinales, retraso en el desarrollo y en el crecimiento, condiciones que no fueron la causa del fallecimiento.

- En el caso reclamado, la causa hipotética del fallecimiento, respaldada por un estudio analítico postparto realizado en la madre, es una transfusión feto-materna.

En la analítica realizada a la puerpera se constató un volumen de hemorragia fetomaterna de 73 mL. Según el informe del Servicio de Ginecología, un volumen superior a 50 mL se asocia con una afectación fetal significativa y un alto riesgo de muerte para el feto.

Este diagnóstico podría justificar los hallazgos neonatales, como anemia, trombopenia, hipertrofia ventricular, hipoxemia y, en última instancia, fallo multiorgánico que llevó al exitus.

La hemorragia fetomaterna se refiere a la entrada de sangre fetal en la circulación materna antes o durante el parto y es una condición poco frecuente. En el 75% de los casos, su causa es desconocida y en la mayoría no se identifica un desencadenante evidente. Entre

las posibles causas se incluyen traumatismos abdominales, anomalías placentarias y del cordón (como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, trombosis de la vena umbilical y coriocarcinoma) y procedimientos invasivos (como amniocentesis, biopsia corial y cordocentesis), ninguno de los cuales se documenta en el caso actual.

La hemorragia fetomaterna es una condición patológica con un amplio espectro de variaciones clínicas, dependiendo del volumen de sangre fetal transfundido y, sobre todo, de la velocidad de transfusión. Debido a la anemia resultante, puede tener consecuencias devastadoras para el feto, como daño neurológico, descompensación cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, muerte intrauterina o muerte neonatal.

Durante una hemorragia fetomaterna, por la pérdida de sangre fetal, no solo se produce una pérdida de glóbulos rojos, lo que se refleja en una disminución de la hemoglobina y la consiguiente anemia, sino que también se reduce el número de plaquetas, resultando en trombopenia, además, las plaquetas se consumen en el proceso de coagulación para intentar detener el sangrado. Estos mecanismos explican los hallazgos analíticos neonatales de anemia y trombopenia.

Los hallazgos a nivel cardíaco, observados en la fase postnatal mediante ecocardiografía, representan un mecanismo compensatorio ante la hemorragia. Al perder sangre, el corazón intenta aumentar su gasto cardíaco y su trabajo para mantener una adecuada oxigenación, lo que, entre otros efectos, resulta en hipertrofia concéntrica ventricular (engrosamiento del músculo cardíaco).

Los hallazgos descritos a nivel cardiológico no habrían podido verse durante la época fetal, ya que representan una respuesta postnatal a la pérdida de sangre.

El reconocimiento de la hemorragia fetomaterna puede hacerse evidente solo después de que ocurra una lesión, que no es el caso de la paciente, o directamente durante el parto.

Las presentaciones antenatales más características son la disminución de la actividad fetal, y se justifica un mayor índice de sospecha en casos de percepción materna persistente de movimientos fetales disminuidos y alteraciones en el registro cardiotocográfico (patrón sinusoidal). Sin embargo, estos hechos no se observaron en el seguimiento del embarazo, dado que los movimientos fetales observados por la madre fueron normales y los registros cardiotocográficos se consideraron normales.

El diagnóstico de la hemorragia fetomaterna en época prenatal es complicado y no siempre se puede hacer de manera directa. Pruebas como la amniocentesis no son diagnósticas para la hemorragia fetomaterna. El test de Kleihauer-Betke es el más útil para diagnosticar esta condición, ya que permite cuantificar la cantidad de sangre fetal en la circulación materna. Sin embargo, no se realiza rutinariamente durante los screening prenatales debido a que requiere una alta sospecha clínica para ser solicitado y presenta

limitaciones, como la dificultad para detectar hemorragias menores o recurrentes y su menor sensibilidad en casos de hemorragia muy aguda.

Esto deriva en que la transfusión fetomaterna es un accidente no previsible y no tiene diagnóstico ecográfico.

En distintos estudios científicos se han analizado los signos ecográficos asociados al posible resultado de una transfusión fetomaterna, es decir, a la anemia fetal. Se ha descrito que, en caso la anemia sea leve o moderada, esta puede pasar desapercibida a nivel ecográfico. En caso sea severa, se han identificado signos ecográficos sugestivos (que indican una probabilidad, pero no constituyen un diagnóstico) como polihidramnios, edema placentario, hepatoesplenomegalia, derrame pericárdico o pleural, ascitis, hidropesía, cardiomegalia, edema del tejido celular subcutáneo y una vena umbilical con un diámetro mayor a 6 mm. Todos estos signos estuvieron ausentes durante el seguimiento ecográfico de este caso.

3.- Seguimiento ecográfico prenatal:

En las ecografías realizadas no se evidenciaron alteraciones morfológicas sugestivas de malformaciones, salvo la conocida gastrosquisis, lo cual está en línea con los hallazgos de la autopsia del neonato.

No se pudo visualizar trombopenia, hipoxia y anemia, ya que son alteraciones bioquímicas (no morfológicas) y solo pueden ser diagnosticadas tras el nacimiento mediante análisis de sangre. La hipertrofia concéntrica ventricular izquierda no se observó en la ecografía morfológica ni en las posteriores, ya que no tiene expresión ecográfica en la edad gestacional correspondiente; se trata de una respuesta del músculo cardíaco ante un incremento del gasto cardíaco.

Es importante añadir que durante la época fetal, la circulación y las estructuras cardíacas son diferentes a las observadas tras el nacimiento. Al nacer, el bebé debe adaptarse a la vida extrauterina y activar su respiración. En este proceso, estructuras como el ducto arterioso y el foramen oval permanecen fisiológicamente permeables durante la vida fetal, cuando la circulación sanguínea es distinta a la de un recién nacido, y suelen cerrarse al nacimiento, aunque no siempre ocurre de inmediato.

La paciente estaba consciente de que, al haber firmado el consentimiento informado para la realización de la ecografía prenatal, esta solo puede detectar anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.). Además, un resultado normal en el estudio ecográfico no garantiza que el niño nazca sin alteraciones, ya que hay condiciones que no se expresan ecográficamente y solo se pueden observar tras el nacimiento.

4.-Alta hospitalaria de la paciente:

El alta del neonato, que ocurrió debido al exitus el 30/09/2020, no guarda relación con el alta de la madre a las 48 horas de la cesárea. La paciente es dada de alta a las 48 horas tras la cesárea, en los tiempos adecuados y recomendados para un puerperio quirúrgico sin complicaciones. Durante estas 48 horas, se realizó un hemograma post-parto el 30/09/2020 (según protocolo, el día siguiente al parto), se ajustó el tratamiento analgésico (la bomba de analgesia se mantuvo hasta el 30/09, inclusive) y se llevó a cabo una evaluación por psicología el 30/09/2020.

5.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

6.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 30 de septiembre de 2021 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en nombre y representación de (...) y (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 4 de octubre de 2021 se requirió a los reclamantes para que subsanaran su reclamación aportando determinada documentación, lo que fue verificado mediante escrito de 15 de octubre de 2020.

- Con fecha 5 de noviembre de 2021 se dicta Resolución del Secretario General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de los interesados y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 5 de noviembre de 2021 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 27 de enero de 2022 por los reclamantes se presenta escrito aportando poder notarial e instando la reanudación del procedimiento.

- Con fecha 2 de octubre de 2024 se emite informe del SIP, al que se adjunta la Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), la Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria, y los informes emitidos por los doctores del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI (...) y (...).

- Con fecha 5 de octubre de 2024 se requiere al Servicio de Ginecología del CHUIMI para que remita la siguiente documentación:

«1.- Que por se incorpore al procedimiento los protocolos dictados por el Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil para el tratamiento a seguir en los casos de complicaciones en recién nacidos; así como en el diagnóstico precoz de patologías, anomalías o complicaciones en el embarazo; y, el protocolo a practicar cuando el feto, así como el recién nacido, presenta diagnosticado gastrosquisis, en su concurrencia con otras patologías o complicaciones.

2.- Se incorpore estudio estadístico o el que se detente por el Servicio Canario de salud acerca de la expectativa de vida que presenta un feto con gstrosquisis y en su concurrencia con otras patologías, anomalías o complicaciones.

3.-Se identifique, (aunque fuese por su identificación profesional), a todos y cada uno de los doctores, enfermeros y personal auxiliar que participaron en la intervención, así como en el proceso postoperatorio».

El requerimiento es contestado con fecha 15 de noviembre de 2024.

- Con fecha 20 de noviembre de 2024 se requiere al Servicio de Neonatología del CHUIMI para que remita la siguiente documentación:

«Que se incorpore al procedimiento los protocolos dictados por el Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil para el tratamiento a seguir en los casos de complicaciones en recién nacidos; así como en el diagnóstico precoz de patologías, anomalías o complicaciones en el embarazo; y, el protocolo a practicar cuando el feto, así como el recién nacido, presenta diagnosticado gastrosquisis, en su concurrencia con otras patologías o complicaciones».

Este Requerimiento contestado con fecha 22 de enero de 2025.

- Con fecha 11 de febrero de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental y la testifical propuesta por los reclamantes, la cual, tras la presentación del pliego de preguntas, fue practicada con el resultado que consta en el expediente.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 28 de julio de 2025 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, sin que presentaran alegaciones.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 10 de septiembre de 2025 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación formulada por los interesados.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo en numerosas ocasiones (p. ej., 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».

3. 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*».

Así, dice la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 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».*

En idéntico sentido, 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, por tanto, que el comportamiento y la actuación exigible a los facultativos es la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no les es exigible 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 pronunciado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se puede citar, 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».

4. De otro lado, en relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal y demostrar el sustrato fáctico que lo pone de manifiesto incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de 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, o 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).

En este mismo orden de cosas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de junio de 2023 ha razonado lo siguiente:

« (...) Hemos de recordar la importancia que en un ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales.

Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005, de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

De otra parte, es claro que, si la Administración invocara la existencia de fuerza mayor o, en general, la ruptura del nexo causal como causa de exoneración de su responsabilidad, es ella la que debe acreditar el hecho, para que tal causa de exoneración resulte operativa.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas.

Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado».

Toda esta doctrina y los argumentos y razonamientos legales y jurisprudenciales que la sostienen es plenamente aplicable al presente procedimiento, pese a que nos encontremos en el ámbito administrativo de la reclamación y lo ha sido muy frecuentemente por los órganos consultivos.

5. En el presente caso los reclamantes imputan mala praxis a la Administración sanitaria al considerar que *« (...) el diagnóstico que se recogió en el informe de alta de la menor y en la autopsia, nunca fue diagnosticado antes, pudiendo haberlo hecho. En todo momento se manifestó a los progenitores que el feto presentaba gastrosquisis pero que no era mayor complicación. Que la niña podía nacer perfectamente y que al momento del nacimiento se le practicaba la intervención necesaria para reconocer las vísceras en el interior del cuerpo de la menor y podía continuar la vida, sin mayor complicación. Sin embargo, trece horas después de su nacimiento fallece por gastrosquisis, no siendo, al parecer, esta la única razón, sino que la desgraciada sorpresa es que la menor además presenta anemia, trombocitopenia, hipertrofia concéntrica ventricular izquierda, hipotermia refractaria. Todo esto último jamás se le había diagnosticado durante el embarazo».*

A pesar de las transcritas consideraciones efectuadas por los reclamantes sobre las causas del triste y fatal desenlace del alumbramiento de la niña fallecida, este Organismo consultivo, una vez examinados con el debido detenimiento todos los numerosos pero concretos y no ilimitados medios de prueba de que se dispone en este momento -la Historia Clínica relativa a la atención recibida en el CHUIMI, la Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria, los informes emitidos por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI, los informes y documentos complementarios (protocolos, estadísticas), el informe del Servicio de Inspección y las declaraciones testificales practicadas-, no puede compartir tal conclusión, porque de todo aquello no cabe encontrarla justificada ni acreditada.

En efecto, de los historiales clínicos y médicos obrantes en el expediente, así como del informe del SIP resulta acreditado que durante todo el proceso gestacional

de la reclamante -señora (...)-, fue ella sometida a un control seriado por la Unidad de Patología Neonatal tras el hallazgo en el feto de gastrosquisis (diagnosticada en la semana 13 de gestación), realizándose un estrecho seguimiento de la misma, con un control mixto guiado tanto por los servicios de Atención Primaria, como por los de atención especializada mediante la Unidad de Diagnóstico Prenatal (UDP), a la que fue citada en quince ocasiones con el objetivo de monitorizar al feto mediante ecografías para que, llegado el caso de que los parámetros ecográficos determinaran complicaciones graves, poder determinar la decisión de finalizar el embarazo.

Asimismo, ha quedado debidamente acreditado que, en el presente caso, el manejo del embarazo se realizó, en todo momento, de una forma expectante, con citas frecuentes, habiéndose observado y registrado, en todo momento, una evolución aceptable del feto, sin complicaciones intestinales ni indicios de pérdida de bienestar fetal, tal como consta en la documental médica.

También se evaluó puntualmente el riesgo de compromiso de las asas intestinales, que permanecieron dentro de los parámetros normales para el manejo de estos casos. En este sentido, consta que el ultimo valor registrado del diámetro de las asas intraabdominales fue de 15 mm, siendo prudente que las asas intestinales intraabdominales no superen los 20-22 mm según la edad gestacional, siendo un dato de peor pronóstico una dilatación de las asas intestinales intraabdominales mayor de 25 mm, lo cual se asocia con un mayor riesgo de complicaciones prenatales a corto plazo, como sufrimiento fetal o muerte fetal intrauterina. Por ello, si bien inicialmente, se consideró prudente esperar hasta la semana 36-37 de gestación para finalizar el embarazo, dada la progresiva dilatación de las asas y el riesgo potencial asociado de compromiso intestinal, se decidió, de forma consensuada con el Servicio de Cirugía Pediátrica, realizar una cesárea electiva a la semana 35+4 días de gestación, con la aceptación de la gestante.

Por lo expuesto, puede o debe concluirse que durante el seguimiento del embarazo la Administración sanitaria puso a disposición de la paciente todos los medios terapéuticos y diagnósticos disponibles en función de los resultados que presentaban en cada momento los reconocimientos y valoraciones que fueron sucediéndose. El diagnóstico prenatal de la malformación fetal fue realizado precozmente siendo el seguimiento realizado conforme a la ***lex artis***, como se describe en los informes y documentos del expediente.

6. Por otro lado, los reclamantes alegan que nunca se les advirtió previamente de las complicaciones que, lamentablemente, acaecieron tras el nacimiento: trombopenia, hipertrofia concéntrica ventricular izquierda, hipoxemia refractaria y anemia.

En relación con esta reclamación, tanto el Informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de 22 de diciembre de 2021 como el informe del SIP, y también algunas de las respuestas a las pruebas testificales formuladas sobre ellos manifiestan que en las ecografías realizadas durante el embarazo no se evidenciaron alteraciones morfológicas sugestivas de malformaciones -salvo la gastrosquisis- como así confirmó la autopsia de la menor en la que se describe «*no se observan malposiciones ni malformaciones aparentes, apreciándose corazón en posición normal*».

Por otra parte, se afirma e informa que la visualización o diagnóstico durante el embarazo de la trombopenia, hipoxia y anemia, es harto complicada, toda vez que se trata de alteraciones bioquímicas -no morfológicas- y solo pueden ser diagnosticadas tras el nacimiento mediante análisis de sangre. Así consta en el Documento de Consentimiento Informado previo a una de las pruebas de imagen, firmado por la reclamante el 16 de junio de 2020 donde se expresa *" (...) Solo puede informar de la existencias de posibles anomalías morfológicas físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.). Por tanto el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nazca sin algún tipo de alteración o retraso mental".*

Finalmente, en relación con la hipertrofia concéntrica ventricular izquierda objetivada tras el nacimiento se documenta en los informes que ello no es una malformación, sino la respuesta del músculo del corazón ante un incremento del gasto cardíaco, a consecuencia de la anemia y del precario estado clínico en que se encontraba la menor tras el nacimiento, y que no tiene expresión ecográfica.

7. Se afirma, igualmente, por los reclamantes, que los profesionales médicos que les atendieron nunca les manifestaron la posibilidad del fatal desenlace, que, desgraciadamente, finalmente sucedió.

A este respecto, los reclamantes requirieron a efectos probatorios la elaboración de un estudio estadístico por el Servicio Canario de la Salud, acerca de la expectativa de vida que presenta un feto con gastrosquisis en concurrencia con otras patologías, anomalías o complicaciones, emitiendo informe el Servicio de Obstetricia y Ginecología con fecha 15 de noviembre de 2024, en el que se indica que «*desde el año 2014 hasta la actualidad se han diagnosticado en nuestro Servicio un total de 9 casos de fetos*

con diagnóstico de gastrosquisis. De ellos, uno de los casos tuvo lugar el parto en un hospital de la Península, del que no tenemos datos y en los restantes 8 casos el parto tuvo lugar en nuestro Centro, la totalidad de ellos mediante cesárea. De los 8 casos la evolución ha sido favorable en todos ellos, salvo el caso que nos ocupa de (...), que resultó en muerte neonatal precoz».

Sin embargo, tal informe lo que viene a demostrar es -además de la baja incidencia de dicha patología-, la baja tasa de mortalidad neonatal que tiene, pero no acredita que el hecho causante del fallecimiento fuera la gastrosquisis, como se afirma en la reclamación.

Lo cierto es que, al menos en esta instancia, no ha quedado debidamente acreditado que la causa del fallecimiento de la menor fuera la gastrosquisis. Tal como consta en el Historial Clínico del CHUIMI y en el informe del SIP, en el momento del parto se siguió el protocolo establecido por parte de los servicios de Cirugía Pediátrica -previamente informado a los padres- de tratar la gastrosquisis por etapas, esto es, recubriendo primero las asas intestinales con gasa impregnada en suero fisiológico e introduciéndolas en una bolsa de polietileno para su reducción progresiva hacia la cavidad abdominal, para, posteriormente, cerrarlas mediante cirugía.

Por el contrario, lo que sí ha quedado acreditado, es que, tal como consta en el informe del SIP, la que se presenta como causa hipotética del fallecimiento -respaldada por un estudio analítico postparto realizado en la madre- es una transfusión fetomaterna.

Así, en la analítica realizada a la Sra. (...) con posterioridad al parto se constató un volumen de hemorragia fetomaterna de 73 mL. Según el informe del Servicio de Ginecología, un volumen superior a 50 mL se asocia con una afectación fetal significativa y un alto riesgo de muerte para el feto.

Siguiendo al Servicio de Inspección, este diagnóstico podría justificar los hallazgos neonatales, como anemia, trombopenia, hipertrofia ventricular, hipoxemia y, en última instancia, el fallo multiorgánico que llevó al exitus.

La hemorragia fetomaterna es la entrada de sangre fetal en la circulación materna antes o durante el parto y es una condición poco frecuente. Además, debido a la anemia resultante, puede tener consecuencias devastadoras para el feto, como daño neurológico, descompensación cardiovascular, coagulación intravascular diseminada, muerte intrauterina o muerte neonatal.

Durante una hemorragia fetomaterna -se dice-, por la pérdida de sangre fetal, no solo se produce una pérdida de glóbulos rojos -lo que se refleja en una disminución de la hemoglobina y la consiguiente anemia-, sino que también se reduce el número de plaquetas, resultando en trombopenia; además, las plaquetas se consumen en el proceso de coagulación para intentar detener el sangrado.

Estos mecanismos explican, según el SIP, los hallazgos analíticos neonatales de anemia y trombopenia.

Asimismo, los hallazgos a nivel cardíaco, observados en la fase postnatal mediante ecocardiografía, representan un mecanismo compensatorio ante la hemorragia. Al perder sangre, el corazón intenta aumentar su gasto cardíaco y su trabajo para mantener una adecuada oxigenación, lo que, entre otros efectos, resulta en hipertrofia concéntrica ventricular (engrosamiento del músculo cardíaco).

Tal como sostiene el SIP, el reconocimiento de la hemorragia fetomaterna es un accidente no previsible y no tiene diagnóstico ecográfico cuando es leve o moderada. En caso de que sea severa, se han identificado signos ecográficos sugestivos (que indican una probabilidad, pero no constituyen un diagnóstico) como polihidramnios, edema placentario, hepatoesplenomegalia, derrame pericárdico o pleural, ascitis, hidropesía, cardiomegalia, edema del tejido celular subcutáneo y una vena umbilical con un diámetro mayor a 6 mm. Todos estos signos estuvieron ausentes durante el seguimiento ecográfico de la gestación de la reclamante, por lo que, en su caso, la hemorragia fetomaterna no era severa y, por tanto, no era diagnosticable ecográficamente.

Además, esta patología se hace evidente solo después de que ocurra una lesión, que no es el caso de la paciente, o directamente durante el parto. Las presentaciones antenatales más características son la disminución de la actividad fetal, y se justifica un mayor índice de sospecha en casos de percepción materna persistente de movimientos fetales disminuidos y alteraciones en el registro cardiotocográfico (patrón sinusoidal). Sin embargo, estos hechos no se observaron en el seguimiento del embarazo, dado que los movimientos fetales observados por la madre fueron normales y los registros cardiotocográficos se consideraron normales.

Todo ello denota, asimismo, la dificultad para prever en el presente caso tal patología, y, por ende, la corrección en la actuación de los profesionales sanitarios que atendieron a la reclamante y a la recién nacida.

8. En definitiva, de lo expuesto se concluye que la posible causa de la evolución clínica de la menor hacia el triste final de su breve vida fue inesperada y no parece estar relacionada con el manejo durante el parto, ya que la cesárea se realizó sin incidencias ni complicaciones, tal como consta en el Historial Clínico. La menor nació viva, con respiración y latido espontáneos, no requirió maniobras de reanimación y el pH de la arteria umbilical era normal, lo que sugiere que el feto no pasó por una situación de asfixia o estrés metabólico durante el parto.

Es obligado añadir, para completar el razonamiento, que por los reclamantes no se ha aportado ningún elemento probatorio, de ninguna clase, que acredite las afirmaciones realizadas sobre la asistencia prestada, tal como le corresponde de conformidad con las reglas de la carga de la prueba previstas en el art. 217 LEC, antes citada.

En atención a lo expuesto, la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* y la prueba de lo contrario, con los elementos de que dispone la administración, hace que no exista o resulte quebrado y roto nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por tanto, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de los reclamantes, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de los interesados, se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.