

Expediente Núm. 205/2006  
Dictamen Núm. 66/2007

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*Fernández García, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de junio de 2007, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 17 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don ....., en representación de doña ....., don ..... y del hijo de ambos, ....., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital .....

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de noviembre de 2005, don ....., en representación de doña ....., don ..... y del hijo de ambos, menor de edad, ....., presentó en la Delegación Territorial de Valladolid de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, por la defectuosa asistencia sanitaria prestada durante el parto en el Hospital .....

Inicia el relato de lo sucedido señalando que la reclamante “fue remitida al Hospital ..... por embarazo de alto riesgo, donde continuó el control y seguimiento de su gestación./ Las ecografías realizadas a la gestante durante su embarazo son informadas como normales en todo momento (...). El día 23 de octubre de 2003, sobre las 12:00 h (...), ingresa en el Hospital ..... por dinámica de parto a las 35 semanas de gestación, rompiendo aguas de forma espontánea./ A las 20:00 h se administró a la parturienta anestesia epidural, sin que encajara la cabeza del primer gemelo, con periodo expulsivo prolongado y presencia de alteraciones en el registro CTG, sugestivas de sufrimiento fetal./ Pasadas las 00:00 h, y sin que hubiera encajado la cabeza del primer gemelo, se decidió forzar dicho encajamiento mediante presiones en el abdomen de la parturienta y aplicando ventosas en plano alto para finalizar el parto; rechazando una primera opinión de realizar cesárea (...). Sobre las 00:40 h nació el primer gemelo, quedando en manos del pediatra de guardia, y continuando con el parto (...). El segundo gemelo nació alrededor de la 1:10 h deprimido, con APGAR 1-3-4 y pH de 7,10, requiriendo reanimación profunda en ingreso en UVI. Inmediatamente presentó crisis epilépticas, las cuales persisten en la actualidad./ El diagnóstico en el momento del alta hospitalaria es de encefalopatía hipósico-isquémica - atrofia cerebral”.

Según los interesados, la actuación de los facultativos que atendieron a la reclamante no “se ajusta a los protocolos médicos y constituye, a todas luces, un proceder no ajustado a la *lex artis*”, indicando a continuación que “en el ingreso del día 23 de octubre de 2003, con dinámica de parto, no constan en la historia clínica dato alguno del partograma, ni anotaciones de la matrona que asistía el parto. No aparecen anotados los centímetros de dilatación, la posición de la cabeza en el canal del parto ni el nivel de descenso, frecuencia cardíaca y demás observaciones que se consideren pertinentes por el facultativo que asiste a la parturienta; siendo obligado en todo parto el seguimiento y control de sus sucesivas fases./ Igualmente, se hace necesario un registro cardiotocográfico de la frecuencia cardíaca que pueda informar de la ausencia/presencia de sufrimiento fetal y la reacción del feto ante ella, en monitorización continua, lo cual se echa de menos en el presente caso”.

A la vista de ello, se señala que “no se emplearon en la asistencia al

parto (...) los medios adecuados, conforme a la lex artis, para su control, todo lo cual se tradujo en una anoxia (...) que no fue detectada durante el proceso de alumbramiento, hasta un momento tardío para evitar daños en el bebé”, indicando a continuación que “en el informe realizado al alta (...), de fecha 27/10/2003 (...), no se describe ninguna alteración durante el parto, dando la impresión de que éste fue normal y que el niño (...) no sufrió ningún daño./ En este mismo documento se hace constar “se realiza monitorización”, sin que se describa si existieron o no alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal o de la dinámica uterina./ Igualmente refleja el reiterado informe “extracción mediante ventosa”, sin explicar las circunstancias por las cuales se decidió finalizar el parto mediante ventosa (...). Tampoco dicho informe refleja que ..... naciera con un Apgar 1-3-4 (...), motivos por los que precisó reanimación intensiva, debiendo ser ingresado en UVI Neonatal, donde permanecería hasta la fecha del alta”.

Sobre las lesiones que presenta el menor, se afirma que “ha sido diagnosticado de encefalopatía secundaria a anoxia de parto y tratado por las secuelas que han ido apareciendo./ Actualmente (...) está siendo tratado en el Centro de Atención Temprana “.....” (ANPACE), presentando un desarrollo psicomotor retrasado, así como anomalías irritativas y de sufrimiento en el EEG (...). Por su parte (...), ha sido estudiado por diversos neuropediatras del Hospital ....., diagnosticándole encefalopatía hipóxico-isquémica y epilepsia generalizada sintomática, secundarias a hipoxia e isquemia al nacimiento (...). Además de todo lo anterior, el niño sufre de hipoacusia en el oído izquierdo, cuyo seguimiento y tratamiento se está realizando en el Hospital ..... y en el Centro Médico “.....”, donde acude todas las semanas./ En la actualidad (...), presenta un retraso psicomotor profundo, con alteración auditiva, crisis epilépticas generalizadas continuas, precisando medicación antiepiléptica, rehabilitación, estimulación precoz y controles continuos./ Al (menor) le ha sido reconocida una minusvalía del 65% por el Equipo de Valoración de Discapacidades, en fecha 25/08/2005, por retraso madurativo por lesión cerebral anóxica de etiología sufrimiento fetal perinatal”.

A continuación señala el interesado que los daños producidos al menor “son producto de una asfixia neonatal grave o asfixia intraparto severa que

presentaba (...) en el momento de su nacimiento”, y que “se pudo y debió prever dicho daño, monitorizando las diversas fases del parto, de forma que se hubiera podido detectar que se estaba produciendo anoxia, y poner los medios necesarios para no mantener la situación, interrumpiendo el parto y realizando cesárea (...). La evidencia de los daños cerebrales secundarios a la anoxia causada (...), de los tejidos cerebrales y otros órganos corporales, son indicativos de una anoxia prolongada que no fue detectada y, por tanto, tampoco corregida./ De haberse detectado la anoxia, se hubiera indicado la realización de cesárea, según informan los protocolos médicos, evitando así el daño que se produjo./ La utilización de ventosa en un plano alto produjo en el niño daños cerebrales, al forzar la cabeza por un canal estrecho”.

A la vista de todo ello, defiende el interesado que “ha existido en el presente caso (...) responsabilidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (...) del Principado de Asturias ante un no correcto funcionamiento, por falta de calidad asistencial mínima, ante una ausencia total y absoluta de la debida vigilancia materno-fetal (...), por no haber desplegado todos los conocimientos, recursos e instrumentos al alcance en el control y evolución del parto (...), habituales en la praxis médica; máxime teniendo en cuenta la calificación del embarazo y parto `de alto riesgo´ que figura en toda la documentación médica relativa al seguimiento del embarazo”.

El interesado valora la indemnización por “las secuelas y lesiones” que padece el menor, “según Ley 34/2003, del siguiente modo:/ epilepsias generalizadas: no controlada médicamente, con dificultad en las actividades en la vida diaria (55-70 puntos): 70 puntos./ Deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas, acreditado mediante pruebas específicas. Muy grave: limitación grave de todas las funciones de la vida diaria, que requiere una dependencia absoluta de otra persona, no es capaz de cuidar de sí mismo (75-90 puntos): 85 puntos./ Hemiparesia derecha espástica grave (40-60 puntos): 55 puntos./ Total secuelas concurrentes: 99 puntos./  $99 \times 2.734 \text{ €} = 270.666 \text{ €}$ ”.

A lo anterior, deben añadirse, según continúan indicando los interesados, las indemnizaciones correspondientes a los siguientes conceptos: “Perjuicio estético importante (25-30 puntos): 30 puntos./  $30 \times 1.370,46 \text{ €} = 41.113,80$

€/ Factores de corrección:/ Perjuicios económicos (10%) = (¿)./ Daños morales complementarios: 75.231,70 €/ Necesidad de ayuda de tercera persona: 300.926,81 €/ Adecuación de la vivienda: 75.231,70 €/ Perjuicios morales de familiares: 112.847,55 €", por lo que concluye señalando que "reclamamos, en definitiva, una indemnización de 952.192,76 euros por las gravísimas y fatales consecuencias, producto de la mala praxis desplegada por la sanidad pública", a lo que añade también que "se interesa, además de lo anterior, el coste de por vida del tratamiento médico y rehabilitador que precise el menor, adquisición de medios mecánicos que resultaren necesarios ante la grave limitación motora que padece (...), así como el coste de atención y educación en centros especializados".

Junto con el escrito de reclamación, presenta una escritura de apoderamiento, otorgada por los padres del menor, el día 15 de noviembre de 2005, a favor de varios letrados, entre los que figura el representante en este procedimiento, y copia de documentación relacionada con la reclamación, que los reclamantes agrupan en ocho documentos: estudio obstétrico, de fecha 8 de julio de 2003; estudio obstétrico, de fecha 19 de agosto de 2003; estudio obstétrico, de fecha 1 de octubre de 2003; documento de identificación sanitaria y resumen del parto del primer gemelo; historia clínica completa del menor (perjudicado); informe de alta del Servicio de Obstetricia, correspondiente a la madre, de fecha 27 de octubre de 2003; informe del centro ".....", de fecha 20 de octubre de 2005, y Resolución, de 25 de agosto de 2005, de reconocimiento de minusvalía, junto con el dictamen técnico facultativo sobre el grado de discapacidad global del menor perjudicado (65%).

**2.** Mediante escrito fechado el 21 de diciembre de 2005 -notificado el 26 del mismo mes-, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la incoación del oportuno procedimiento y la normativa que resulta de aplicación en la tramitación del mismo.

**3.** Por escrito de fecha 22 de diciembre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del Hospital ..... la remisión de una copia de la documentación relativa a la reclamación, "así como

informe actualizado del Servicio de Ginecología y Obstetricia, no siendo necesaria la remisión de la documentación correspondiente al Servicio de Pediatría por encontrarse ya incorporada al expediente administrativo”.

4. Con fecha 14 de diciembre de 2005, el Gerente del Hospital ..... remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la madre y del menor perjudicado, junto con una copia de la reclamación, del escrito enviado a los Servicios de Obstetricia y Ginecología y de Pediatría, del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y del escrito enviado a la compañía de seguros. Entre la documentación remitida, figura una “hoja de protocolo quirúrgico”, correspondiente a la intervención, suscrita el día 24 de octubre de 2003, que señala: “1º feto en cefálica III plano (...) en dilatación completa. 2 tracciones (...). 2º feto en cefálica (...) se rompe 2ª bolsa cuando está en III plano. Ayuda de expulsión con ventosa de 5 cm y una tracción”. Asimismo, contiene la historia clínica un informe del Servicio de Pediatría del Hospital ....., de fecha 23 de diciembre de 2005, en el que se señala que “la afectación cerebral hipóxico-isquémica perinatal y las secuelas neurológicas que a veces conlleva, constituyen un problema medicolegal de extrema importancia. Aún existe la creencia casi generalizada (...) de que la parálisis cerebral infantil es desencadenada en prácticamente la totalidad de los casos, por asfixia intraparto./ Sin embargo, lo cierto es que la afectación cerebral puede producirse bastante antes del parto, en el periparto, o en el periodo postnatal. En la práctica, en el 75-80% de los pacientes, la causa etiológica no puede ser identificada. Por otro lado, cada vez existen más elementos científicos de apoyo que demuestran que sólo el 8-10% de los casos de parálisis cerebral puede ser atribuidos a hipoxia intraparto./ La mayor parte de las exploraciones tradicionalmente utilizadas como elementos de prueba (...) presentan con demasiada frecuencia errores en su utilización como marcadores de hipoxia intraparto, y como predictores de parálisis cerebral. (...) la constatación de alteraciones en una o varias pruebas y/o test (...) no implica que esas alteraciones sean necesariamente la consecuencia de una actuación médica negligente”.

5. Con fecha 3 de enero de 2006, la Gerencia del Hospital ..... remite al Servicio instructor una copia del informe elaborado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia, suscrito el 29 de diciembre de 2005 por el Jefe de dicho Servicio.

El informe relata la asistencia prestada a la gestante y el parto de la siguiente forma: "Ingresa el día 23-10-03 a las 14:15 horas en la semana 35 de gestación por R.P.M., al ingreso se realiza monitorización fetal, apreciándose un patrón normal para ambos gemelos y dinámica asintomática. Ambos fetos en cefálica (...). A las 17:30 pasa a sala de dilatación, comenzando estimulación de parto; en ese momento la paciente tiene una dinámica muy suave (...), se comienza estimulación de oxitocina según protocolo y monitorización de la dinámica uterina y de la frecuencia fetal de ambos fetos, el primero con registro interno y el segundo con registro externo./ La dilatación progresa adecuadamente y 5 horas más tarde está con dilatación de 9 cm./ La monitorización fetal ha sido adecuada, el primer gemelo presenta DIPS con la contracción con buena recuperación y el 2º gemelo con monitorización externa presenta ocasionalmente alguna deceleración variable./ A las 23:15 la dilatación permanece en 9 cm por lo que se decide pasar a quirófano para prueba de parto y/o cesárea./ Se comenta con el anestesista y decide iniciar profundización de analgesia epidural por si es necesario realizar cesárea./ Todo esto se le explica a la paciente y a su marido que se encuentra con ella en la dilatación, la posibilidad de parto vaginal o cesárea./ Al realizar exploración en quirófano se aprecia dilatación completa y cabeza fetal en III plano. La paciente no es capaz de colaborar con pujos voluntarios debido a la profundidad analgesica, se realiza V.E. para ayuda de expulsivo del 1<sup>er</sup> gemelo realizando únicamente 2 tracciones./ El 2º gemelo se controla durante el tiempo que transcurre hasta el parto mediante ecografía, presentando una frecuencia cardiaca adecuada, naciendo el 2º gemelo 30 minutos después y realizando V.E. por la misma razón que el 1<sup>er</sup> gemelo, por falta de pujo materno, extrayendo el feto con una tracción./ Se produjo un alumbramiento espontáneo y el curso posparto fue normal, salvo que precisó transfusión 2 C.H./ Así transcurrió el parto (...) y así consta en su historia clínica, quedando referido tanto en el documento de ingreso como en el partograma, en el que constan la



progresión de la dilatación y las actuaciones realizadas durante toda ella./ Se realizó registro cardiotocográfico al ingreso y durante todo el periodo de dilatación como consta en su historia./ En el momento de decidir el paso a quirófano se le explica a la paciente y a su marido la posibilidad de una nueva exploración por si ésta se ha modificado como así ocurrió por lo que se decide parto vaginal, controlando a ambos gemelos mediante ecografía./ Ambos partos se produjeron con ayuda de ventosa obstétrica debido a la ausencia de pujos en la paciente, todo ello así consta en la hoja descriptiva de quirófano". A modo de conclusión sobre el proceso, señala el informe que "el control del periodo de dilatación y parto (...) se ajusta a la actuación habitual de nuestro Servicio así como a los protocolos de la SEGO".

Finalmente, el informe recoge que "en 1999 en B.M.J la Internacional Cerebral Palsy Task Force, publica un documento de consenso internacional sobre la parálisis cerebral que refleja que: "el embarazo múltiple es un factor de riesgo en sí mismo para la parálisis cerebral. Más del 75% de las encefalopatías neonatales no tienen signos de hipoxia intraparto. Para que se pueda reconocer el parto como causa de daño cerebral tiene que tener un pH menor de 7,00 en la primera hora posparto. Las investigaciones recientes sugieren que la mayoría de las patológicas neurológicas que causan parálisis cerebral ocurren como resultado de razones multifactoriales, la mayoría imprevisibles, durante el desarrollo fetal o el periodo neonatal".

**6.** Con fecha 24 de enero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el Informe Técnico de Evaluación. Comienza por resumir la asistencia prestada, señalando que "los reclamantes aportan, junto con el escrito de reclamación, la historia clínica correspondiente al menor (...) en la que lógicamente no figura ningún dato sobre el curso clínico del parto. Se ha solicitado al Hospital ..... la historia clínica de (la madre) en la que obviamente sí constan todos los datos relativos a la asistencia médica dispensada con motivo del parto, incluidos partograma, monitorización y seguimiento completo del embarazo y del parto propiamente dicho".

A la vista de dicha historia y del informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, el inspector realiza un relato de los hechos coincidente con el del



mencionado Servicio, señalando, en el apartado de valoración, que “tras una gestación normal tuvo un parto en el que se hizo un correcto seguimiento con monitorización de la dinámica uterina y de la frecuencia fetal de ambos fetos, el primero con registro interno y el segundo con registro externo, sin que en ningún momento se produjeran alteraciones que indicasen sufrimiento fetal y aconsejasen realizar una asistencia médica diferente a la aplicada. El periodo expulsivo fue ayudado mediante ventosa por falta de pujos de la parturienta siendo informada en todo momento de su situación clínica. El segundo gemelo se controló durante el tiempo que transcurrió entre el nacimiento del primer gemelo y el suyo mediante ecografía, presentando una frecuencia cardiaca adecuada, naciendo treinta minutos después ayudado por ventosa. Rompió bolsa cuando se encontraba en III plano y presentaba una vuelta de cordón apretada. Al nacer tuvo un test de Apgar 1-3-4 requiriendo reanimación intensiva con aspiraciones orofaríngeas y endotraqueales, administración de oxígeno mediante intubación, masaje cardiaco y dos dosis de adrenalina intratraqueal. Ingresó en el Servicio de Pediatría con respiración asistida y en situación crítica con hipotonía generalizada y muy mal aspecto general. Fue dado de alta el 19 de noviembre de 2003 con los diagnósticos de pretérmino de 35 semanas, asfixia neonatal grave, encefalopatía hipóxico isquémica, status convulsivo, anemia transfundible y enteritis por rotavirus. Actualmente presenta una parálisis cerebral hipotónica distónica, con mayor afectación de hemicuerpo derecho y epilepsia focal sintomática, con foco parietal izquierdo y con crisis focales secundariamente generalizadas”.

Sobre la asistencia prestada, concluye el inspector indicando que “la atención al parto ha sido correcta y que no hubo signos de sufrimiento fetal que pudiesen alertar sobre una posible anoxia. En este sentido y de acuerdo con lo manifestado por el Jefe del Servicio, ha de reseñarse que un muy alto porcentaje de las encefalopatías neonatales no tienen signos de hipoxia intraparto y que la mayoría de las patológicas neurológicas que causan parálisis cerebral tienen un origen multifactorial siendo imprevisibles durante el desarrollo fetal o el periodo perinatal”.

A la vista de todo ello, concluye su informe señalando que “la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta (...), debe ser

desestimada, ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

7. Con fecha 27 de enero de 2006, el Servicio instructor remite a la correderuría de seguros una "copia del expediente de responsabilidad patrimonial", y a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias "una copia del informe técnico de evaluación".

8. Con fecha 27 de marzo de 2006, una asesoría privada emite un dictamen realizado conjuntamente por cinco especialistas en Obstetricia y Ginecología, que figura incorporado al expediente. En él se comienza por recoger la documentación analizada y por realizar un resumen de los hechos, coincidente con el expuesto por el Inspector de Prestaciones Sanitarias con fecha 23 de enero de 2006. Posteriormente, después de describir la documentación relevante de la historia clínica, y de realizar una serie de consideraciones generales sobre la "monitorización fetal intraparto", la "ventosa obstétrica", la "lesión neurológica asociada a sufrimiento fetal" y la "asfixia perinatal", en relación con la reclamación señala que "según el protocolo, cuando existe un patrón anómalo de registro fetal lo que debe hacerse es: si está en periodo de dilatación, confirmar el estado fetal mediante la realización de un pH; si está en periodo expulsivo, extraer al feto por la vía más rápida./ Con la exploración descrita, la vía más rápida de extracción fetal era la vaginal. Se procede a realizar una ventosa obstétrica pues la paciente acusa el bloqueo motor inducido por el anestesista para la práctica de la cesárea y no realiza pujos eficaces. Y, efectivamente, la extracción es rápida, pues a las 00:40 h nace un feto con una vuelta de cordón./ Las condiciones de aplicación de la ventosa son las adecuadas: dilatación completa, presentación en tercer plano y bolsa rota. Se requirieron sólo dos tracciones./ Una vez nacido el primer feto, comienza el parto del segundo gemelo. Hay que esperar a la adaptación del útero a las nuevas condiciones y mientras tanto se controla la frecuencia cardiaca fetal mediante ecografía. Aunque no sea éste el medio más apropiado tiene la misma validez que la auscultación directa del corazón fetal, y aunque no permite conservar el trazado del registro fetal, ni valorar objetivamente la variabilidad

latido a latido, sí que permite `ver` si hay una bradicardia que en la monitorización se expresaría como deceleración. Por ello podemos afirmar que el segundo feto estuvo controlado en los 30 min que se demoró su nacimiento. Al ser una gestación biamniótica hubo que romper la segunda bolsa y el líquido amniótico, según consta en el informe de ingreso en Neonatología, fue claro, no existiendo emisión de meconio que hubiera sido un signo indirecto de hipoxia./ De nuevo, se realiza una ventosa obstétrica para la extracción de este feto, pues los pujos eran ineficaces, y la aplicación de la misma se realiza en condiciones óptimas y protocolizadas: dilatación completa, cabeza en III plano, precisando sólo una tracción./ Según esta descripción, no parece probable que se utilizara la ventosa en un plano alto ni que se forzara el paso de la cabeza por un canal estrecho, máxime cuando minutos antes había tenido lugar el nacimiento sin dificultad de un feto de similar tamaño que no presentó ningún problema”.

Finalmente, señala el dictamen que “el estudio gasométrico de este recién nacido revela un pH 7,10 y un defecto de bases de 16 mmol/L” y que “la parálisis cerebral puede ser causada por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y obstétricos. A pesar de su complejidad, en el subconsciente de muchos obstetras, pediatras y, por supuesto, de la población general, persiste la idea de que es debida a una lesión en el nacimiento por un mal manejo del parto. Debido a esta extendida creencia, la Internacional Cerebral Palsy Task Force publica el documento de consenso (...) para definir lo que tiene que considerarse asfixia neonatal”. A la vista de todo ello, señalan los autores del dictamen que “el manejo del parto gemelar (...) fue absolutamente correcto, que no hubo signos intraparto de sufrimiento fetal, que el pH al nacimiento permite descartar una asfixia neonatal y que por lo tanto nos hallamos en el amplio porcentaje del 75% de daño neurológico neonatal que no es prevenible pues no se manifiesta a pesar del estricto control fetal”.

A modo de conclusiones, los autores del dictamen indican que “la decisión de dejar evolucionar el parto vía vaginal fue correcta y acorde al protocolo establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (...). El control de la evolución del parto fue correcto y ajustado al protocolo del

Servicio y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia permaneciendo ambos fetos continuamente monitorizados y realizando las exploraciones necesarias para saber en todo momento cómo se estaba desarrollando la dilatación (...). En ningún momento del parto se detectaron signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal, como meconio o alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, que indicaran la conveniencia de utilizar otras técnicas (...) para obtener más información sobre el estado de los fetos (...). La decisión del facultativo de cambiar la indicación de la vía del parto (ventosa en vez de cesárea) fue correcta, pues había desaparecido la indicación de parto detenido y se trataba de extraer al feto por la vía más rápida posible por la alteración que presentaba en la monitorización (...). La utilización de la ventosa obstétrica se hizo en ambos partos en condiciones de seguridad y siguiendo el protocolo establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en cuanto a dilatación, presentación, altura y número de tracciones (...). La frecuencia cardiaca del segundo gemelo fue controlada en el intervalo entre ambos partos no detectándose signos directos (bradicardia) ni indirectos (meconio) que indicaran una pérdida del bienestar fetal (...). La atención al parto gemelar (...) fue correcta, ajustada a protocolo y no hubo signos de sufrimiento fetal que alertaran de una anoxia y que hubieran modificado las decisiones adoptadas (...). La actuación médica fue acorde a *lex artis ad hoc*, no existiendo en ningún caso negligencia ni omisión de ninguna acción que hubiera podido prevenir y evitar el fatal desenlace”.

**9.** Evacuado el trámite de audiencia con vista del expediente, mediante oficio recibido por el interesado el día 8 de mayo de 2006, el día 9 de ese mismo mes se personan en las dependencias administrativas los padres del menor a quienes se les hace entrega de una copia del expediente, compuesto, en ese momento, por novecientos treinta y siete (937) folios, según consta en la diligencia incorporada al expediente.

En este trámite se incorpora al expediente una fotocopia del documento nacional de identidad de ambos progenitores y del Libro de Familia.

**10.** Con fecha 31 de mayo de 2006, el interesado, a través de un escrito

presentado en la Oficina de Empleo de Valladolid (IV) de la Junta de Castilla y León, comparece en el expediente, realizando alegaciones a cada uno de los tres informes técnicos incorporados al mismo.

Respecto al “informe de Ginecología de fecha 29/12/2005”, señala que “se ha elaborado a posteriori, con la única intención de servir como prueba de descargo./ En el mismo destaca la omisión de que el parto se detuvo, como así consta en el partograma que se ha aportado./ Igualmente destaca el que dicho informe manifieste que la cabeza no progresó más allá de I-II plano, y que no consta en el partograma que la cabeza llegara a plano III; cuando lo que refleja el partograma es que la cabeza del niño no pasó de I-II plano espontáneamente y, por tanto, lo fue por ventosa, realizada más allá de III plano, forzando así el paso de la cabeza del niño por el canal del parto, y produciendo con ello las lesiones neurológicas (...), no existiendo otra causa que pueda justificar que dichas lesiones pudieran ser producidas de otro modo”.

A la vista de ello, señala el interesado que, según “el protocolo de la SEGO en partos gemelares y de alto riesgo, como era el presente caso, la indicación correcta es la de realización de cesárea y no la utilización de ventosa para extraer al niño”.

Finalmente, sobre el “trabajo americano del año 1999” citado en dicho informe, manifiesta que “es exageradamente restrictivo en sus criterios, y fue creado por el Colegio de Obstetras Americano con la intención de frenar la creciente ola de denuncias por mala praxis, y no por interés científico”.

En segundo lugar, y sobre el “informe técnico de evaluación de la Consejería de Salud, de fecha 24/01/2006”, señala el interesado que “únicamente repite los argumentos del Jefe del Servicio de Ginecología recogidos en el anterior informe, omitiendo, por tanto, las razones por las que a las 23:15 horas la dilatación permanece en 9 cm, por lo que se decide pasar a quirófano para prueba de parto/cesárea./ Las verdaderas razones, como así se hicieron constar en el partograma en el momento de estar sucediendo el parto, es que la cabeza del niño no había llegado a II plano después de 6 horas (...), estimulado con oxitocina./ Además de lo anterior, consta que se decide cesárea por no progresión del parto, más alteración de la frecuencia cardiaca

fetal del primer gemelo. A las 00:30 horas, cuando aún no había encajado la cabeza del primer gemelo, inexplicablemente, hallándose ya en quirófano la parturienta, se decidió forzar el encajamiento con presiones de abdomen y aplicar ventosa en lugar de realizar la cesárea que se había decidido en un principio, ante el sufrimiento de los gemelos”.

Insiste finalmente en que “los daños cerebrales (...) son secundarios a anoxia de parto mantenida y a la ventosa realizada en I-II plano, lo que forzó la rotación de la cabeza, sometiéndola a tensiones excesivas y produciendo lesiones cerebrales, como se refleja en todos los informes clínicos”.

Y en tercer lugar, sobre el informe “emitido por (la asesoría privada), de fecha 27/03/2006”, indica que “se fundamenta en las afirmaciones realizadas a posteriori, sin consultar las fuentes objetivas, esto es, la historia clínica./ La vigilancia fetal intraparto se realiza mediante la determinación del pH en cuero cabelludo fetal lo que no se realizó en el presente caso./ Las condiciones requeridas para la aplicación de la ventosa son: plano III de Hodge./ En quirófano, en una última exploración antes de iniciar la cirugía, a las 00:30 horas, se comprueba que la dilatación se ha completado y que la cabeza fetal se halla en un III plano. Este último dato es absolutamente falso. Según el partograma, a las 00:30 horas, la cabeza se halla en I-II plano, sin criterios para utilizar la ventosa, que, pese a ello, se utilizó con las consecuencias ya conocidas y expuestas”.

Termina este punto señalando que “la anoxia (...) se detectó, pero no se corrigió. Siguiendo los protocolos de la SEGO, se hubiera debido indicar la interrupción del parto y finalización mediante la realización de cesárea, pudiendo evitar así los daños que se produjeron”.

A la vista de todo ello, concluye su escrito reiterando la misma solicitud de indemnización sostenida en su escrito inicial, añadiendo que, a tales cantidades, “serán de aplicación los intereses del art. 20 LCS para el caso de comparecer la compañía aseguradora; y, en todo caso, los intereses legales correspondientes desde la fecha de los hechos”.

**11.** Mediante escrito fechado el día 12 de junio de 2006, el Servicio instructor remite una copia de las alegaciones presentadas por el reclamante a la

correduría de seguros y a la entidad aseguradora.

**12.** Con fecha 26 de junio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, fundada en los argumentos manifestados en el informe técnico de evaluación.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 17 de julio de 2006, registrado de entrada el día 21 del mismo mes, se solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm. .... de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

**14.** El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 26 de octubre de 2006, acordó solicitar que, por el servicio responsable de la prestación sanitaria, se elaborase un informe técnico sobre las siguientes cuestiones: "a) Interpretación que ha de darse al gráfico que figura en el partograma unido al expediente (...), señalando si las indicaciones sobre el plano se refieren al primer gemelo, al segundo, o bien a ambos./ b) Si únicamente se refiriese al primero de los gemelos, debe entonces señalar si se trata de una práctica habitual en este tipo de partos gemelares, si existe algún elemento que haga imposible recoger la posición de ambos gemelos, o si la del segundo se recoge en algún otro documento o prueba, de forma habitual, indicando en qué documento se encuentra recogida. Si no fuera así en este caso, o no pudiera realizarse, debe detallar las respectivas razones./ c) Si el gráfico se refiriese únicamente al primero de los gemelos, debería el informe explicar la aparente contradicción con lo señalado en la hoja de protocolo quirúrgico (...) sobre el plano en el que se encontraba ese primer feto. De igual modo, si se refiriese al segundo, o a los dos, también ha de explicarse la misma contradicción./ d) Finalmente debe explicar si una vez alcanzado el plano III, resulta técnicamente



posible la realización de una cesárea, o bien debe continuarse con el parto vaginal”.

Por último, en el acuerdo se indicaba al órgano gestor que, una vez elaborado dicho informe, “habría de concederse nueva audiencia al interesado y formular, en su caso, nueva propuesta de resolución”.

**15.** Mediante escrito de fecha 19 de marzo de 2007, registrado de entrada el día 23 del mismo mes, V.E. remite a este Consejo el expediente núm. .... de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, al que se ha incorporado la siguiente documentación:

a) Oficio del Servicio instructor, fechado el día 17 de noviembre de 2006, en el que solicita al hospital la remisión del informe técnico correspondiente.

b) Copia del informe elaborado por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de dicho centro, remitido por el Gerente del Hospital ..... al órgano instructor con fecha 29 de noviembre de 2006. Dicho informe, suscrito el día 27 de noviembre, da respuesta a las diferentes cuestiones planteadas por este Consejo, señalando lo siguiente: “a/ El gráfico del partograma refleja la evolución temporal del parto en los aspectos de la dilatación del cervix (en cm) y la altura de la presentación (en este caso cefálica) en la pelvis (planos de Hodge) (...). Los datos se obtienen por tacto vaginal y así se refieren, exclusivamente, al primer gemelo, puesto que la estructura de la pelvis materna no admite el paso concomitante de ambos gemelos, sino que ha de ser sucesivo./ b/ Antes de pasar a la paciente a la sala de dilatación nos interesa conocer la posición y presentación de ambos gemelos, que obtenemos por ecografía (en este caso, ambos, longitudinal cefálica), durante la dilatación nos interesa la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal de ambos gemelos (cardiotocografía)./ Durante el periodo de dilatación, y si la monitorización es normal, la evolución del parto la marca el progreso en la dilatación cervical y descenso de la presentación del primer gemelo, datos que recoge el partograma. A partir del parto del primer gemelo volvemos a tomar en consideración la posición, presentación y descenso en el canal del parto del 2º gemelo, mediante exploración física (combinada en algunas ocasiones con la exploración ecográfica). Datos que recoge la hoja quirúrgica./ c/ Los datos

presentes en el partograma corresponden únicamente a la presentación del 1<sup>er</sup> gemelo. Desde la indicación de la cesárea hasta el momento del parto transcurre un tiempo que puede variar el descenso de la presentación (...). Así se le explicó a la paciente y a su acompañante en la sala de dilatación, antes de pasar al quirófano. Esto significa que entre la última exploración del partograma y unos minutos más tarde la descripción de la hoja quirúrgica, existen variaciones y que no son necesariamente contradictorias, sino consecutivas en un tiempo determinado./ En resumen a las 0:15 la paciente tenía una dilatación de 9 cm y cuando se la explora en quirófano a las 0:30 presenta una dilatación completa y la presentación está en II plano, con la dinámica uterina la presentación desciende a III plano por lo que se decide la extracción fetal por la vía más adecuada y más rápida que es la vía vaginal con ayuda de ventosa obstétrica, ya que la paciente no puede colaborar más que parcialmente por la ausencia de pujos debido a la anestesia epidural profunda./ Tras el parto del 1<sup>er</sup> gemelo, el útero tiene que adecuarse al nuevo volumen e iniciar dinámica./ Se comprueba la frecuencia cardiaca fetal mediante ecografía./ Se realizan exploraciones vaginales para ver la evolución del descenso de la presentación del 2<sup>o</sup> gemelo hasta que la cabeza está en un II ó III plano, se realiza entonces una amniorresis artificial y debido a que la paciente no puede colaborar todo lo necesario se extrae el 2<sup>o</sup> gemelo con ventosa obstétrica, sin dificultad./ d/ Una vez alcanzado el III plano sí es técnicamente posible hacer una cesárea, aunque, en general, la vía más rápida y segura es la vaginal. El extraer por vía abdominal una cabeza profundamente encajada en la pelvis puede resultar técnicamente más difícil y llevar a una mayor tasa de complicaciones tanto maternas como fetales”.

c) Remisión al interesado por el Servicio instructor, con fecha 4 de diciembre de 2006 (recibido el día 14 del mismo mes), de una copia de la nueva documentación incorporada al expediente, otorgándole un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días.

d) Nueva propuesta de resolución del Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, fechada el día 26 de febrero de 2007, en sentido desestimatorio, reiterando, en cuanto al fondo, los mismos argumentos vertidos en su anterior propuesta de fecha 26 de junio de 2006.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los reclamantes activamente legitimados para solicitar la reparación del daño causado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que originaron la reclamación, y así mismo, habiendo resultado perjudicada por la actuación sanitaria una persona menor de edad, están igualmente legitimados para actuar en su representación los reclamantes, padres del menor, a tenor del Libro de Familia que obra en el expediente, según lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil, sobre representación legal de los hijos; reclamantes que actúan a través de un representante con poder al efecto.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC, dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o

psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el presente caso, se presenta la reclamación con fecha 21 de noviembre de 2005, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (la asistencia prestada durante el parto), los días 23 y 24 de octubre de 2003. No obstante, y tratándose de daños de carácter físico, es necesario establecer la fecha de la determinación del alcance de las secuelas para fijar el *dies a quo* del cómputo del plazo de prescripción, puesto que, si bien el diagnóstico de las lesiones del recién nacido se realizó ya el 19 de noviembre de 2003 por el Servicio de Pediatría del Hospital ..... (entre otros: “asfixia neonatal grave. Encefalopatía hipóxico-isquémica. Estatus convulsivo”), la concreta determinación de las secuelas se produce en un momento muy posterior, puesto que la apreciación de algunas de ellas (“severa dificultad en el manejo de las manos”, “no es capaz de arrastrarse ni de gatear” y la deficiencia auditiva, por ejemplo) va ligada a la observación de la evolución y crecimiento del recién nacido. Por ello, y porque la prescripción ha de ser objeto de aplicación cuidadosa y restringida, puesto que no se funda en motivos de justicia material, resulta razonable fijar dicha fecha en la del reconocimiento de minusvalía (25 de agosto de 2005), teniendo en cuenta que, según el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, sobre Procedimiento para el Reconocimiento, Declaración y Calificación del Grado de Minusvalía, se valoran en dicho procedimiento las “deficiencias permanentes”. Por ello, es claro que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de

la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

Igualmente, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Habiéndose registrado la solicitud en la Administración del Principado de Asturias el día 28 de noviembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 21 de julio de 2006, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado, y ello sin tener en cuenta el posterior acuerdo solicitando que se completase el expediente y la suspensión del plazo para resolver, conforme a lo establecido en el artículo 42.1 de la Ley reguladora de este Consejo. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor,

siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** No existe controversia sobre las lesiones que padece el menor recién nacido (el segundo de los gemelos), aunque lógicamente, pues es el motivo del expediente que analizamos, sí existe discrepancia en relación con su origen, que los interesados atribuyen a un deficiente funcionamiento de la Administración sanitaria. Y en realidad, pese a la profusión de datos de este expediente, la diferente valoración acerca de la actuación de la sanidad pública

se sustenta en una única discrepancia sobre determinados hechos que son los que condicionan la decisión finalmente adoptada de no realizar una cesárea a la parturienta. Es cierto que en el primer escrito de reclamación los interesados imputan a los servicios sanitarios varias actuaciones no ajustadas “a los protocolos médicos” y, por tanto, contrarias a la *lex artis* (ausencia de partograma, ausencia de anotaciones de la matrona, no realización de “registro cardiotocográfico de la frecuencia cardiaca”, etc.) que, en realidad, y tal como señala el informe técnico de evaluación, parecen deberse a que el interesado aporta “la historia clínica correspondiente al menor (...), en la que lógicamente no figura ningún dato sobre el curso clínico del parto”. Una vez incorporada la historia clínica de la madre, en la misma, señala el inspector que elabora el informe técnico de evaluación, sí constan “incluidos partograma, monitorización y seguimiento completo del embarazo y del parto propiamente dicho”.

Superados así estos iniciales reparos, debemos entender, como parecen aceptar los propios interesados en su escrito de alegaciones, que en realidad la única imputación a la Administración sanitaria consistiría en la incorrecta, a su juicio, decisión de abandonar la intervención de cesárea que estaba prevista, cambiándola en el último momento por un parto vaginal. Esa decisión, según los reclamantes, fue la causante de los daños al segundo gemelo, ya que “la cabeza del niño no pasó de I-II plano espontáneamente y, por tanto, lo fue por ventosa, realizada más allá del III plano, forzando así el paso de la cabeza del niño por el canal de parto, y produciendo con ello las lesiones neurológicas que presenta (el menor), no existiendo otra causa que pueda justificar que dichas lesiones pudieran ser producidas de otro modo”, indicando que “según el partograma, a las 00:30 horas, la cabeza se halla en I-II plano, sin criterios para utilizar la ventosa, que, pese a ello, se utilizó con las consecuencias ya conocidas y expuestas”.

Con carácter previo a cualquier otra consideración, debemos empezar por indicar que, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la



atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Sobre las circunstancias de hecho defendidas por los interesados, y resumiendo la historia clínica del parto, debemos señalar que es cierto, como señalan éstos y confirma el informe del Servicio correspondiente, que en un primer momento, y puesto que pese, a la administración de los fármacos pertinentes, la dilatación no progresaba, a las "23:15 (...) se decide pasar a quirófano para prueba de parto y/o cesárea", añadiendo dicho informe que "se comenta con el anestesista y decide iniciar profundización de analgesia epidural por si es necesario realizar cesárea", señalando que todo ello "se le explica a la paciente y a su marido que se encuentra con ella en la dilatación, la posibilidad de parto vaginal o cesárea". Llama la atención el hecho de que en el documento de "consentimiento para cesárea", incorporado al expediente, se señale como motivo para acudir a esa vía quirúrgica la "no progresión" del parto, más la alteración de la "fcf del 1er. gemelo"; indicación que se repite a su vez en la "hoja del partograma", en la anotación correspondiente a las 23:15 horas, donde se señala "2º gemelo (...) bien (...). Se decide cesárea x no progresión de parto + alt fcf de 1º gemelo".

Existe, sin embargo, una controversia fundamental sobre las circunstancias que, a juicio de los profesionales sanitarios, aconsejaron el abandono de la actuación inicialmente prevista, la cesárea, y es que, siguiendo lo que señala el Jefe del Servicio correspondiente en su informe, de fecha 29 de diciembre de 2005, "al realizar exploración en quirófano se aprecia dilatación completa y cabeza fetal en III plano", y eso es lo que se recoge en la "hoja de protocolo quirúrgico" correspondiente a dicha intervención, suscrita el día 24 de octubre de 2003, en la que se indica "1<sup>er</sup> feto en cefálica III plano (...) en dilatación completa. 2 tracciones (...) 2<sup>o</sup> feto en cefálica (...) se rompe 2<sup>a</sup> bolsa cuanto está en III plano. Ayuda de expulsión con ventosa de 5 cm y una tracción". Sin embargo, y a ello se refieren los reclamantes en su escrito de alegaciones, según la "hoja de partograma", en la gráfica correspondiente al plano, a las 0:30 horas, parece señalarse I-II, lo que, siguiendo lo argumentado por los interesados, desaconsejaría el empleo de la ventosa, y haría necesaria la práctica de la cesárea inicialmente prevista. El empleo inadecuado de la ventosa pondría en evidencia una mala praxis asistencial, y de ella, entienden los reclamantes, se habrían derivado los daños al recién nacido.

Al respecto, debemos comenzar por señalar que existe una aparente contradicción entre el partograma y la hoja de protocolo quirúrgico, suscritos, ambos documentos, en la misma fecha, puesto que, como hemos visto, en el protocolo de la intervención se señala que, tanto el primer feto como el segundo, se encuentran en III plano, siendo obligada la manipulación con ventosa porque "la paciente tenía epidural a dosis quirúrgica", precisamente por la prevista intervención de cesárea, lo que, en palabras del Jefe del Servicio respectivo, impedía a la parturienta "colaborar con pujos voluntarios". Pero, además de lo anterior, también hemos de poner de manifiesto que el partograma al que reiteradamente se refieren los interesados no muestra, como pretenden defender, la evolución del alumbramiento en relación con la posición de la cabeza del feto lesionado (recordemos, el segundo de los gemelos), y ello por la simple razón de que, tratándose de un parto gemelar, tal y como nos aclara el informe emitido el día 27 de noviembre de 2006 por el Servicio responsable de la prestación sanitaria, únicamente se ha indicado en el mismo la posición de la cabeza del primero de ellos, pero no del segundo. Ha de

repararse que la última anotación en dicho partograma se realiza a las 0:30 horas, ya en el quirófano, y se corresponde con el primer alumbramiento, producido a las 0:40 horas, y que el segundo de los gemelos nace a la 1:10 horas (hoja de enfermería de alta en partos), no figurando en dicho partograma, lógicamente porque no era posible a las 0:30 horas, conocer la posición de la cabeza de este segundo gemelo; posición que únicamente se refleja en la hoja de protocolo quirúrgico, que se controla mediante “ecografía”, recogiendo al respecto la rotura de la segunda bolsa “cuando está en III plano”.

La aparente contradicción entre los datos del “partograma” y la hoja quirúrgica no lo es tal, puesto que, sigue diciendo el Jefe del Servicio respectivo en el informe citado, “los datos presentes en el partograma corresponden únicamente a la presentación del 1<sup>er</sup> gemelo”, y “desde la indicación de la cesárea hasta el momento del parto transcurre un tiempo que puede variar el descenso de la presentación (...). Esto significa que entre la última exploración del partograma y, unos minutos más tarde la descripción de la hoja quirúrgica existen variaciones (...) que no son necesariamente contradictorias sino consecutivas en un tiempo determinado”.

Por tanto, puesto que no existe más discrepancia respecto a la actuación médica que la ya mencionada decisión sobre la vía del parto, y teniendo en cuenta que el argumento de los interesados se sustenta sobre una única base fáctica que no aparece confirmada en el expediente (segundo gemelo en plano I-II en el momento de la utilización de la ventosa), a juicio de este Consejo Consultivo, el interesado no ha probado que se haya producido una violación de la *lex artis* en el manejo del parto, lo que conduciría a la desestimación de su reclamación.

No obstante, dada la gravedad del caso y de sus consecuencias para el perjudicado y sus progenitores, consideramos oportuno poner de manifiesto una serie de valoraciones, no sólo sobre la *lex artis*, sino también sobre la relación de esa presunta violación con las consecuencias dañosas que se defienden, puesto que, aun en la hipótesis que mantienen los interesados del incorrecto manejo del parto (singularmente la utilización de la ventosa en plano I-II), a nuestro juicio, tampoco han probado, y ya dijimos que la carga de la

prueba pesa sobre quien reclama, que esa manipulación inadecuada haya producido los daños alegados, en una relación “directa e inmediata”.

Señalan los reclamantes en su escrito de alegaciones que “la anoxia que sufría (el perjudicado) se detectó, pero no se corrigió”, y, según indican, tales datos se derivan de la historia clínica, “especialmente del partograma”. Sin embargo, ya hemos señalado que las únicas alteraciones que se recogen en dicho documento se refieren al primero de los gemelos y no al segundo, y que fue precisamente la alteración de la “fcf del 1<sup>er</sup> gemelo” el dato que, junto con la “no progresión del parto”, aconsejó en un primer momento la realización de la cesárea, según consta en dicho partograma y en la hoja de consentimiento informado ya citada. Por tanto, de lo señalado en el partograma no podemos extraer la conclusión que defienden los interesados. A este respecto, los datos recogidos en el informe del Servicio correspondiente (los únicos de que disponemos del parto) no recogen alteración alguna de sus constantes, señalándose en el mismo que el seguimiento se realiza “mediante ecografía, presentando una frecuencia cardiaca adecuada”, y produciéndose un alumbramiento espontáneo. Por tanto, tampoco existe prueba alguna, ni indicio racional, que confirme lo señalado por los interesados.

Defienden también los interesados que los daños cerebrales al segundo de los gemelos se habrían producido por la utilización de la ventosa “realizada más allá del III plano, forzando así el paso de la cabeza del niño por el canal del parto”, o, dicho en otras palabras, porque “la ventosa realizada en I-II plano (...) forzó la rotación de la cabeza, sometiéndola a tensiones excesivas y produciendo lesiones cerebrales”. Sin embargo, tanto el partograma como la hoja de protocolo quirúrgico recogen que la dilatación era completa en el quirófano, por lo que el dictamen privado realizado a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias razona que “no parece probable que se utilizara la ventosa en un plano alto ni que se forzara el paso de la cabeza por un canal estrecho, máxime cuando minutos antes había tenido lugar el nacimiento sin dificultad de un feto de similar tamaño que no presentó ningún problema”; razonamiento que se confirma si se tiene en cuenta que el primer gemelo pesó al nacer 2.270 gr y que el segundo era algo más pequeño, pesando 2.100 gr. Si el nacimiento del primer gemelo se realiza con ventosa (“2

tracciones”) y no sufre daño alguno en el “canal estrecho y duro” del parto, nada induce a pensar que en el nacimiento del segundo de los gemelos, más pequeño, y que nace mediante la aplicación de una única tracción de ventosa, se hayan producido los daños que se alegan por los interesados.

Finalmente, los informes técnicos incorporados al expediente se refieren a un último dato que descartaría la existencia de una asfixia neonatal, y es el relativo al pH en la arteria umbilical. Según señala el Jefe del Servicio correspondiente, para que pueda reconocerse el parto como causa de daño cerebral, dicho valor ha de ser menor de 7,00 en la primera hora posterior al parto, citando un documento, “de consenso internacional”, publicado en 1999. Este dato, y sus fuentes (el “American College of Obstetricians and Gynecologist”), figura también en el dictamen médico aportado por la entidad aseguradora, señalando que “el estudio gasométrico de este recién nacido revela un pH 7,10”, por lo que concluye afirmando que “el pH al nacimiento permite descartar una asfixia neonatal y que por lo tanto nos hallamos en el amplio porcentaje del 75% de daño neurológico neonatal que no es prevenible pues no se manifiesta a pesar del estricto control fetal”. Y aunque se trata, obviamente, de informes técnicos aportados por la Administración, deben ser tenidos en cuenta en la medida en que los interesados, que tienen acceso a los mismos en la fase de audiencia y vista del expediente, no aportan dato o información contrastada alguna en sentido contrario a las conclusiones en ellos señalados.

En resumen, a juicio de este Consejo, y a la vista de la documentación incorporada al expediente, no ha quedado acreditada violación alguna de la *lex artis* en el manejo del parto objeto de esta reclamación, resultando acordes con dicho criterio todas las decisiones adoptadas en el curso del mismo, no habiéndose demostrado tampoco que la utilización de la ventosa durante el parto haya podido ocasionar los daños cerebrales que padece el menor perjudicado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y,

en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por don ....., en representación de doña ....., don ..... y del hijo de ambos, ....."

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS