

Expediente Núm. 128/2007  
Dictamen Núm. 155/2007

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

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de noviembre de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 28 de mayo de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña ....., como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un centro sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 25 de mayo de 2006, la interesada suscribe una reclamación de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria prestada durante el parto en el Hospital “X”, que, según señala el Jefe del Servicio de Inspección de las Prestaciones Sanitarias, tuvo entrada en la Administración el día 29 de ese mismo mes.

Inicia la reclamante el relato de los hechos indicando que “ingresó de manera programada en el Hospital ‘X’ (...) el día 23 de mayo de 2005 al finalizar su gestación (...). El 24 de mayo de 2005, a las 18 horas y 40 minutos, se produce el nacimiento de ..... tras un parto distócico, mediante ventosa, inducido por motivo de monitor anormal con una duración de 11 horas y 25 minutos (...). El recién nacido presenta en el momento de su nacimiento un cefalohematoma parietooccipital por ventosa”.

Continúa narrando que “el 26 de septiembre de 2005 se le realiza ecografía cerebral en la que se observa una amplia lesión frontoparietal derecha, hiperecogénica, con áreas anecogénicas en su interior en relación con zonas quísticas, algunas en comunicación con el ventrículo lateral izdo., apreciándose signos de pérdida de volumen fundamentalmente la dilatación del ventrículo lateral izdo. que presenta un borde lateral aserrado. Estos hallazgos sugieren un área de encefalomalacia probablemente post-isquémica (...). El 29 de septiembre de 2005 se realiza estudio por el Servicio de Neurofisiología clínica del que se concluye que muestra una actividad paroxística muy persistente y de morfología variada (...), que se manifiesta durante el sueño sobre las regiones frontal y central del hemisferio derecho, difundiéndose el área temporal ipsilateral y a las áreas fronto-central del hemisferio contralateral. Sobre el hemisferio derecho, la actividad cerebral de fondo aparece deficientemente organizada, sobrecargada por las descargas epileptiformes que se siguen de pausas breves de depresión del trazado. La actividad cerebral de fondo está correctamente estructurada en relación con la edad del niño, sobre el hemisferio izquierdo”.

Añade que “en la actualidad presenta epilepsia focal sintomática maligna con crisis focales motoras complejas izquierdas y crisis parciales complejas (...). Estudio neurofisiológico realizado en mayo de 2005, ojo derecho morfología irregular de la respuesta, con asimetría de latencias y amplitud en relación con la respuesta obtenida en ojo izdo. que le ocasiona pérdida de visión. El estudio

neurofisiológico de potenciales evocados visuales realizado el 21 de marzo de 2006 refleja que persisten las respuestas evocadas visuales en o. izdo. y respuestas irregulares con incremento de latencia y baja amplitud en o. dcho./ Hemiplejia y hemiparesia que afecta a pierna y brazo izquierdos, con importante pérdida funcional, pérdida total de movilidad con paresia y laxitud del miembro”.

Manifiesta que todo lo anterior “fue ocasionado por una asistencia sanitaria defectuosa que se refleja, además de (en) los expuestos anteriormente, en los siguientes datos:/ 1) En la gráfica de monitorización intraparto, que comenzó el 24/05/2005 a las 7:50 h y finalizó a las 18:00 h, se observan varias fases de sufrimiento fetal (ritmos silentes, con escasa o nula variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal). Cardiografía del feto `casi plana`, indica ya sufrimiento fetal./ Este sufrimiento fetal fue consecuencia de una disdinamia y una hiperdinamia, que se observan también en la gráfica, secundarias a un mal control (...) del gotero de oxitocina./ Con tales signos de sufrimiento fetal que ya marcaba la gráfica, no debiera haberse demorado el parto y haber practicado antes una cesárea./ 2) Hay una clara relación causal entre (el) hematoma intracerebral y toda la patología que presenta en la fase posnatal el niño. El hematoma pudo ser espontáneo, bien por el sufrimiento fetal prolongado bien por la aplicación prolongada y no adecuada de la ventosa para la extracción del feto (por ejemplo en un plano alto del canal del parto) (...). Quedaron lesiones secuelas y definitivas, de pronóstico sombrío en cuanto a (...) posibilidad alguna de recuperación funcional, existiendo una mala praxis, al tratarse de un cuadro de urgencia, no debiendo haberse demorado el parto y haber practicado antes una cesárea, siendo por tanto esta tardanza la responsable del cuadro clínico actual”.

Solicita por los daños y perjuicios ocasionados una indemnización de quinientos sesenta y cuatro mil ochocientos noventa y seis euros con cincuenta y cinco céntimos (564.896,55 €), que desglosa en los siguientes conceptos:

- 207.324,87 euros por las secuelas, "epilepsia focal sintomática maligna con crisis focales motoras complejas izquierdas y crisis parciales complejas (desconexiones) (...). Ojo derecho morfología irregular de la respuesta, con asimetría de latencias y amplitud en relación con la respuesta obtenida en ojo izdo" (...). Hemiplejia y hemiparesia con pérdida funcional en brazo y pierna izquierdos con importante pérdida funcional, pérdida total de movilidad con paresia y laxitud de ambos miembros".

- 41.113,80 euros en concepto de "perjuicio estético bastante importante".

- 77.639,12 euros por "daños morales al menor, complementarios cuando las secuelas superen los 90 puntos".

- 116.458,68 euros por el "sufrimiento y daños morales a los padres del menor, por la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada y por la pérdida de trabajo de la madre para dedicarle mayor atención y cuidados (personales y asistencia continuada a centros médicos para rehabilitación y asistencia sanitaria)".

- 200.000 euros en concepto de "necesidad de ayuda de otra persona dada la incapacidad que presentará el normal desenvolvimiento de sus actividades de la vida diaria por las importantes dificultades que supondrán las secuelas".

Adjunta a su reclamación copia de los siguientes documentos:

- a) Hoja resumen del parto.
- b) Informe de alta del Servicio de Obstetricia del Hospital "X", de 27 de mayo de 2005.
- c) Informe del Servicio de Neonatología, de 27 de mayo de 2005.
- d) Informe del Servicio de Radiología, de 26 de septiembre de 2005.
- e) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica, de 29 de septiembre de 2005.
- f) Informe del Servicio de Pediatría, de 30 de enero de 2006.

g) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I del Hospital "Y", de 21 de abril de 2006.

2. Con fecha 30 de mayo de 2006, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio de Inspección Sanitaria) la reclamación presentada.

3. Mediante escrito notificado el día 9 de junio de 2006, el Servicio instructor comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación (29 de mayo de 2006) y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. Asimismo, le indica que "transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización".

4. Con fecha 7 de junio de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del Hospital "X" la remisión de la historia clínica, así como "informe actualizado del Servicio de Ginecología y Obstetricia que atendió a la paciente sobre los hechos acaecidos en relación con la reclamación presentada".

5. Con la misma fecha, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria copia, entre otros documentos, de la historia clínica de la reclamante y el perjudicado.

6. El día 14 de junio de 2006, el Gerente del Hospital "X" remite al Inspector de Prestaciones Sanitarias una copia del informe elaborado por el Jefe del Servicio

de Pediatría, fechado el 13 de junio de 2006, en el que se hace un “resumen cronológico de las visitas realizadas por el paciente a Urgencias/Consulta/Ingresos en planta, desde el nacimiento a la actualidad”. Consta en dicho informe que el perjudicado nació el 24 de mayo de 2005 mediante parto con ventosa y “permaneció en el nido hasta el 27/05/2005, observándose en el momento del alta persistencia de hematoma parietooccipital (...). 27/09/2005: con 4 meses de edad se advierte asimetría en la motilidad de extremidades y retraso motor (...). 30/01/2006: control en consulta externa por crisis epilépticas focales complejas. Control de desarrollo psicomotor./ 09/03/2006: (...). Crisis convulsiva”.

7. Con fecha 20 de junio de 2006, el Gerente del Hospital “X” remite al Inspector de Prestaciones Sanitarias el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología el 15 de junio de 2006, en el que consta que la reclamante “controló su gestación en el Hospital “Z” en la consulta de tología hasta la semana 36, cursando ésta dentro de la normalidad (...). En la semana 38 de gestación es remitida a nuestro hospital, donde es controlada ambulatoriamente hasta el día 23-4-06 (41 semanas + 4 días) en el que se recomienda ingreso hospitalario para finalizar gestación, según nuestro protocolo (...). A las 7:30 horas del día 24, se inicia la inducción del parto mediante amniorresis artificial y la infusión de dosis crecientes de oxitocina según protocolo. (...) el parto progresa adecuadamente, alcanzando dilatación completa a las 17:20 horas./ El nacimiento (...) se produce a las 18:40 horas mediante vacuum extractor para aliviar el expulsivo materno./ Siendo valorado (...) por el pediatra que le asigna una puntuación en el test de Apgar de 8 al minuto y 10 a los 5 minutos, que se corresponde con un niño normal, ya que dicho test valora la vitalidad fetal./ El cefalohematoma que presentaba (...) es un hallazgo frecuente en los partos y consiste en un acúmulo sanguíneo subperióstico a nivel de los huesos craneales que no tiene consecuencias fetales

ya que no existe continuidad con las estructuras intracraneales y se limita a la parte externa ósea./ Durante todo el periodo de dilatación y expulsivo la paciente y el feto se encuentran controlados mediante registro cardiotocográfico presentando patrones de normalidad tanto a nivel de dinámica uterina (...) como de registro de frecuencia fetal (FCF basal entre 120-160 lat. por minuto variabilidad normal con fases de sueño y de actividad y no deceleraciones patológicas) como se puede objetivar en la historia clínica. No podemos aportar datos de pH de sangre de cordón de recién nacido ya que en nuestro Servicio en la fecha del parto en cuestión no se realizaba”.

Finalmente manifiesta que “no encontramos en toda la historia ningún dato que permita relacionar la asistencia obstétrica recibida con el déficit neurológico” del niño.

Al informe adjunta copia de una publicación científica titulada “La asociación de la asfixia intraparto con la parálisis cerebral o la historia de un espejismo inducido”, cuyo autor es el Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Se señala en el mencionado trabajo que “hasta hace poco, 4 signos clínicos inespecíficos: líquido amniótico teñido de meconio; patrones no reactivos de frecuencia cardíaca fetal; valores bajos de Apgar, y encefalopatía neonatal, se han supuesto frecuentemente como evidencias adecuadas de asfixia durante el nacimiento, así como de encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, ya que no existían criterios objetivos que demostraran qué había ocurrido realmente durante el parto. En realidad, estos signos inespecíficos periparto, que avisan al equipo médico y a los padres de un posible compromiso infantil, con frecuencia son secuelas de procesos patológicos establecidos antes del parto” e incluso “pueden asociarse con un resultado normal a largo plazo”. Manifiesta el autor del estudio que, en la actualidad, para “definir que un episodio agudo intraparto es suficiente para causar parálisis cerebral” se consideran cuatro criterios esenciales, que deben darse conjuntamente, y son los siguientes: “Evidencia de acidosis metabólica en

la sangre de la arteria umbilical fetal obtenida tras el parto (...). Comienzo temprano de una encefalopatía neonatal severa o moderada en niños nacidos con 34 o más semanas de gestación (...). Parálisis cerebral de los tipos de cuadriplejía espástica o discinética”./ “Exclusión de otras etiologías identificables, como un traumatismo, trastornos de la coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas”. Junto a dichos criterios, existen otros que “tienen lugar durante el parto (...), que en su conjunto sugieren sufrimiento fetal, pero que no son específicos de un episodio de asfixia”. Estos son: “Un signo centinela de un episodio hipóxico ocurrido inmediatamente antes o durante el parto./ Una bradicardia fetal súbita y sostenida o ausencia de variabilidad persistente en la frecuencia cardíaca fetal, dips tipo 2, o deceleraciones variables, cuando el patrón de frecuencia cardíaca fetal era previamente normal./ Test de Apgar menor de 3 a los 5 min del nacimiento./ Daño multisistémico en las primeras 72 h de vida./ Lesión cerebral aguda no focal detectada tempranamente mediante técnicas de imagen”. A propósito del criterio relativo a la bradicardia se puntualiza que “la bradicardia fetal grave, entendida como una frecuencia menor de 70 lat/min mantenida durante 7 min sigue siendo un criterio que exige una intervención inmediata para acabar el parto”.

Afirma el autor del trabajo, en cuanto a la relación de la parálisis cerebral con las situaciones de hipoxia producidas durante el parto, que “las investigaciones apoyan que la cuadriplejía espástica, especialmente cuando está asociada a desórdenes del movimiento, es la única clase de parálisis cerebral asociada con una interrupción aguda del aporte sanguíneo”, y apunta otras dolencias, entre ellas la epilepsia, que no están originadas por asfixia durante el nacimiento.

**8.** Con fecha 3 de julio de 2007 el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación

en el que analiza la actuación de la Administración Sanitaria. Se indica en el citado informe, en cuanto al análisis de los hechos, que “el 27 de septiembre de 2005 (el niño) es revisado en consultas externas y se señala que tiene aspecto hemicefálico de la cabeza y que sigue poco con la mirada. La madre y una tía refieren que el brazo izquierdo siempre lo tiene en flexión y con la mano cerrada, hipertónico y con asimetría de pliegues. El día anterior había hecho una ecografía a petición de su pediatra de Atención Primaria que se informa como amplia lesión frontoparietal derecha cuyas características sugieren un área de encefalomalacia. Probablemente post-isquémica. El 30 de septiembre se hace un TAC craneal que es informado como extenso infarto isquémico que afecta al territorio de la arteria cerebral media derecha de aspecto antiguo. Tras los diversos estudios se informa a la familia de la situación (del niño) el 19 de octubre de 2005. El 30 de enero de 2006 se sienta el diagnóstico de crisis epilépticas focales complejas”.

En cuanto a la causa de la isquemia cerebral del perjudicado, indica que “no existe ningún dato que permita relacionar la asistencia obstétrica recibida por la reclamante con el infarto cerebral isquémico, de probable origen prenatal, que ocasiona el severo déficit neurológico que padece su hijo (...). Tanto los registros cardiotocográficos durante el parto, como el test de Apgar en el momento del nacimiento fueron normales. Igualmente la evolución durante los primeros días de vida fue normal no evidenciándose signos de afectación neurológica del recién nacido (...). Reiteradamente la bibliografía médica pone de manifiesto que al menos un 75% de las encefalopatías neonatales y parálisis cerebrales no se originan durante el parto y tienen su origen en anomalías del desarrollo, metabólicas, trastornos de coagulación, infecciones, traumatismos y combinaciones de todos ellos”.

Considera el autor del informe que “en el caso que nos ocupa (...) la asistencia médica recibida (...) ha sido correcta y adaptada a los criterios de la lex artis. No presentó ningún tipo de cuadro clínico que justificase haber

actuado de manera diferente a como se hizo y en ningún momento se puso de manifiesto la existencia de una pérdida de bienestar fetal que aconsejase la realización de una cesárea. La aplicación de una ventosa produjo en el feto una complicación habitual y menor (...) que es la formación de un acúmulo hemático externo (cefalohematoma) que no guarda relación alguna con las estructuras cerebrales y que nada tiene que ver con el infarto cerebral isquémico que se diagnosticó posteriormente y que es el responsable de la severa afectación neurológica”, por lo que propone desestimar la reclamación presentada “ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

**9.** Con fecha 3 de julio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

**10.** El día 16 de octubre de 2006 se emite informe médico, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Obstetricia y Ginecología, constanding en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora.

Se señala en el informe citado, respecto a la valoración del estado del feto durante el parto, que “el estudio de los latidos cardíacos fetales durante el parto, comprobando sus modificaciones con respecto a las contracciones, es la técnica primaria para el control del bienestar fetal. Su objetivo es el diagnóstico de las situaciones de hipoxia fetal que pudieran desembocar en una acidosis con el consiguiente daño en los distintos órganos y tejidos fetales. Lamentablemente, esta prueba tiene una sensibilidad alta para predecir la acidosis fetal, pero baja especificidad y por ello una alta tasa de falsos positivos (...), un elevado porcentaje de registros anormales (...) presentan recién

nacidos sanos./ Es por ello que existen otras pruebas que nos pueden mejorar las cifras de los falsos positivos obtenidos por la cardiotocografía. (...) el modo más preciso de evaluar el estado del feto intraparto es conocer la situación de su equilibrio ácido-base, de forma que la monitorización bioquímica está considerada como 'prueba de oro' para el diagnóstico de la acidosis fetal (hipoxia). Pese a ello, presenta falsos positivos con respecto a la acidosis neonatal y es un método de control invasivo, no continuo y que requiere repetidas muestras a lo largo del parto./ Dentro de la práctica actual, un parto inducido, como en este caso, debe ser monitorizado de forma permanente (...), y sólo cuando existan anomalías en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, es cuando deberían entrar en liza otros métodos./ Hoy en día, numerosos colegios profesionales han editado guías de ayuda para interpretación de los registros, de manera que se han establecido una serie de patrones normales, otros claramente anormales y muy relacionados con situaciones de hipoxia y otros que podríamos llamar patrones intermedios de difícil interpretación que harían imprescindible el uso de alguna otra técnica para el control fetal (...). En este caso, disponemos de copias de los registros desde el inicio de la inducción, a las 7:40 horas del día 24/05/2005, hasta las 17:30 horas. Recordemos que la hora de finalización del parto se sitúa a las 14:40 horas (*sic*), por lo que debemos pensar que falta un tramo de (los) 40 últimos minutos./ Pues bien, después de un estudio pormenorizado de estos registros, podemos concluir señalando que ninguno de los patrones se corresponde con (...) los (...) sugestivos de hipoxia fetal. No se observan fases de ritmo silente, tal y como se asegura en la reclamación, ni existen patrones decelerativos patológicos, ni mucho menos un exceso de dinámica (...). Los últimos 20 minutos de los que disponemos, desde las 17:10 a las 17:30 h, no se pueden interpretar correctamente al existir continuas pérdidas de foco, que suponemos coinciden con las contracciones, aunque éstas no están registradas./ Hasta aquí, es evidente que para asegurar de forma contundente que no existió pérdida de

bienestar fetal durante la fase activa del parto, deberíamos disponer de la totalidad de los registros, cosa que lamentablemente no ocurre”.

Manifiestan los especialistas que, en ausencia de la totalidad de los registros cardiotocográficos, “la evolución del recién nacido nos aporta datos tan o más importantes al respecto” y, tras exponer los criterios que en la actualidad se consideran al objeto de relacionar la parálisis cerebral con episodios de hipoxia intraparto -los mismos que se citan en el trabajo incorporado al expediente junto con el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología-, concluyen que “una vez conocidos estos datos, vemos como no se cumplen la mayoría de ellos, por lo que debemos ser categóricos al afirmar que durante el parto de doña ..... no existió situación de hipoxia alguna que se pudiera correlacionar con las lesiones posteriormente diagnosticadas”.

En cuanto a la finalización del parto mediante ventosa, indican que “en el escrito de reclamación se señala que el ‘hematoma cerebral’ pudo deberse a una aplicación prolongada y no adecuada de la ventosa (...). La existencia de un cefalohematoma es una complicación leve y posible cuando se aplica una ventosa; este acúmulo de sangre por encima del periostio no implica una lesión hemorrágica concomitante intracerebral; no requiere tratamiento y su resolución es espontánea./ Recordemos además, que la lesión descrita 4 meses después del nacimiento se relaciona con una situación de isquemia; para nada se informa de la lesión hemorrágica./ En definitiva, no debemos relacionar la existencia del cefalohematoma con la lesión neurológica que posteriormente se diagnosticó a nivel intracerebral./ Con respecto a la indicación para realizar la ventosa, en la hoja de parto se señala la existencia de una bradicardia en el expulsivo. En la fase final del parto, la frecuencia e intensidad de las contracciones, junto con los pujos maternos, hacen que el feto esté sometido a una situación de hipoxia más mantenida sin apenas tiempo para recuperarse; esto se traduce en la existencia de caídas más o menos prolongadas de la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia), pero que en absoluto deben implicarse

con situaciones hipóxicas de riesgo. La recuperación de estos neonatos es normal. Ya se ha comentado que, en este caso, no ha existido signo alguno sugestivo de hipoxia en la exploración del neonato”.

Finalmente, concluyen que “si realmente la lesión neurológica (...) es secundaria a una isquemia podemos asegurar que ésta no fue secundaria a una hipoxia intraparto”, y afirman que “los profesionales intervinientes actuaron conforme a la lex artis ad hoc, no encontrando indicios de mala praxis”.

**11.** Mediante escrito del Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de 12 de diciembre de 2006, notificado el día 20 del mismo mes, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días.

**12.** Con fecha 4 de enero de 2007, una persona con poder notarial de representación de la reclamante se presenta en las dependencias administrativas y retira una copia del expediente que consta de cuatrocientos doce (412) folios numerados.

**13.** El día 10 de enero de 2007, la representante de la interesada presenta en una oficina de Correos de ..... un escrito de alegaciones en el que señala que “para que pueda descartarse la relación de causalidad en cuanto a las causas de la patología es preciso poseer toda la información relacionada con la asistencia obstétrica contenida en la historia clínica (...). En la documentación que ha sido aportada se señala, dentro de los datos del parto, la existencia de ‘monitorización anormal’, pero no se han aportado los aproximadamente 40 minutos del registro previos al parto (...). Dada la trascendencia de los acontecimientos que pueden producirse en el periodo de tiempo previo al parto, en relación a la evolución del estado de salud del recién nacido consideramos necesario que se nos aporte el registro de monitorización completo para poder

llegar a descartar el origen del daño en la asistencia defectuosa en el parto./ Por ello (...) solicita que se oficie al Servicio de Salud del Principado de Asturias (...) para que remita (...) copia completa del registro o gráfica de monitorización intraparto, donde consten (...) los 40 minutos del registro previos al parto, dando traslado a esta parte de copia del mismo”.

**14.** Con fecha 12 de enero de 2007 el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros copia de las alegaciones presentadas.

**15.** El día 31 de enero de 2007, el Jefe del Servicio instructor acuerda, en relación con el escrito de alegaciones presentado por la reclamante, “estimar parcialmente la práctica de la prueba solicitada y, en consecuencia, proceder a solicitar al Hospital ‘X’ copia de los registros cardiotocográficos realizados entre las 17:30 horas y las 18:40 horas, fecha de terminación del parto, ya que el resto del registro se encuentra incorporado al expediente”. La citada solicitud se cursa con la misma fecha, e incluye el requerimiento de que se exprese si en el registro cardiotocográfico “se detecta alguna anomalía”.

**16.** Mediante escrito de 22 de febrero de 2007, el Gerente del Hospital “X” remite al Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria copia de “la documentación facilitada por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología de este hospital”.

Entre la documentación consta un informe del citado Servicio, fechado el mismo día, en el que se afirma que “el registro tocográfico presenta una dinámica adecuada de entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, salvo en la última media hora en que no consta el registro de la dinámica porque a la paciente se le retiró dicho transductor para mayor comodidad, durante la realización de pujos maternos del expulsivo./ El registro de la frecuencia cardíaca fetal intraparto se consideró normal pues presenta una frecuencia

entre 120-160 latidos por minuto con una variabilidad a corto plazo entre 5 y 25 latidos por minuto que se considera normal, así como la presencia de aceleraciones que son indicativas de bienestar fetal./ La última media hora del registro es de difícil interpretación porque:/ a) Se ha retirado el transductor de las contracciones para facilitar el pujo materno./ b) Se producen pérdidas de foco cardíaco fetal durante el pujo materno. De todas formas, los descensos de la F.C.F. en este tramo podrían interpretarse como deceleraciones variables de corta duración que no bajan de 80 latidos por minuto, con buena recuperación y aceptable variabilidad que se pueden considerar dentro de la normalidad./ Por todo ello, consideramos que se trata de un patrón de frecuencia cardíaca fetal, compatible con un feto sin signos de hipoxia, sino por el contrario de un feto que cumple todos los criterios cardiotocográficos de bienestar fetal". Al informe se adjunta una copia del registro correspondiente a la monitorización del parto durante el periodo comprendido entre las 15:20 horas hasta las 17:01 respecto de la dinámica uterina, y hasta 17:30 horas en cuanto la frecuencia cardíaca fetal.

**17.** Con fecha 2 de marzo de 2007, notificado el día 7 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la interesada la apertura de un nuevo trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días.

**18.** El día 30 de abril de 2007, el Jefe del Servicio instructor comunica a la correduría de seguros y a la compañía aseguradora que, concluido el plazo establecido para el trámite de audiencia, no se han recibido alegaciones.

**19.** Con fecha 30 de abril de 2007, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada, afirmando que "la asistencia médica recibida (...) ha sido correcta y adaptada a los criterios de la lex artis. No presentó ningún tipo de cuadro clínico que

justificase haber actuado de manera diferente a como se hizo y en ningún momento se puso de manifiesto la existencia de una pérdida de bienestar fetal que aconsejase la realización de una cesárea. La aplicación de una ventosa produjo en el feto una complicación habitual y menor que es la formación de un acúmulo hemático externo (cefalohematoma) que no guarda relación con las estructuras cerebrales y que nada tiene que ver con el infarto cerebral isquémico que se diagnosticó posteriormente y que es el responsable de la severa afectación neurológica”.

**20.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de mayo de 2007, registrado de entrada el día 4 del mes siguiente, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, tanto en nombre propio como en el de su hijo -según lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos-, por cuanto sus esferas jurídicas se han visto directamente afectadas por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto. La filiación es notoria para la Administración, a la vista de la documentación clínica que obra en el expediente.

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 procedimiento ahora examinado no consta la fecha en la que la interesada presentó la reclamación, aunque, según indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria en su escrito de 2 de junio de 2006, tuvo entrada en el Principado de Asturias el día 29 de mayo de 2006. En cualquier caso, para la determinación del *dies a quo* debemos tener en cuenta que, aun habiendo tenido lugar la asistencia sanitaria a que se imputa el daño el día 24 de mayo de 2005, no obstante, la manifestación del efecto lesivo se produce con posterioridad; como consta en la historia clínica, los diagnósticos de hemiparesia espástica izquierda, infarto cerebral, patología de la actividad cerebral en el hemisferio derecho y pérdida de visión en el ojo del mismo lado fueron establecidos en el mes de septiembre

de 2005, y el de crisis epilépticas focales complejas en enero de 2006, por lo que es claro que la acción se ha ejercitado 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 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 de Responsabilidad Patrimonial, 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, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

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 la comunicación dirigida a la reclamante a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la referida comunicación, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el

artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Asimismo, 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. Recibida la reclamación el día 1 de junio de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 4 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución del procedimiento, 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 establece 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, dispone 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”.

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.-** En el asunto que se somete a nuestra consideración, se exige la responsabilidad patrimonial de la Administración al imputar al servicio público la existencia de una prestación defectuosa de la asistencia sanitaria, por entender la reclamante que los daños que presenta su hijo son consecuencia del ejercicio de una opción obstétrica, la de continuar un parto por curso vaginal en lugar de practicar una cesárea, que considera errónea.

Han sido acreditadas en el expediente las lesiones físicas en que se sustenta la reclamación. Ahora bien, la existencia de tales daños no genera *per se* la imputación de responsabilidad a la Administración, pues aquella exige, como hemos expuesto en la consideración anterior, que el daño alegado guarde relación de causalidad con la asistencia recibida.

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, o la falta de curación, 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 garantía de obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene, en principio, la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Apunta la reclamante como causa mediata de las lesiones que presenta su hijo, bien la presencia de un “sufrimiento fetal prolongado” durante el parto, bien la “aplicación prolongada y no adecuada de la ventosa para la extracción del feto”, y estima, en definitiva, que el daño es consecuencia directa de una mala praxis, que concreta en no haber practicado una cesárea.

Respecto a la pretendida pérdida de bienestar intraparto, la interesada responsabiliza de ella al servicio público sanitario al identificar como causa eficiente de la misma ciertas alteraciones de la dinámica -“disdinamia” e

“hiperdinamia”- secundarias a “un mal control (...) del gotero de oxitocina”, y sostiene que durante el parto se produjeron “varias fases de sufrimiento fetal”, cuyas manifestaciones, que identifica con “ritmos silentes, con escasa o nula variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal” y “cardiotocografía del feto ‘casi plana’”, afirma que son apreciables en el registro de monitorización que consta en la historia clínica. No obstante, los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar, al contrario, que los patrones que muestra el registro cardiotocográfico no son sugestivos de hipoxia fetal; en este sentido, el dictamen de los especialistas indica que “no se observan fases de ritmo silente, tal y como se asegura en la reclamación, ni existen patrones decelerativos patológicos”. Por otro lado, el citado registro tampoco refleja, como se hace constar en el mismo dictamen, el exceso de dinámica que la interesada atribuye a una pretendidamente errónea dosificación hormonal.

En cuanto a la aplicación de la ventosa y su relación con el daño cerebral, al margen de la ausencia de actividad probatoria por la reclamante respecto a sus imputaciones de aplicación inadecuada, todos los informes destacan que el cefalohematoma subperióstico es una complicación habitual y menor de los partos asistidos con instrumental obstétrico de esta clase que nunca puede afectar a las estructuras intracraneales. Por otro lado, la opción de finalizar el parto mediante ventosa fue una decisión correcta, adoptada para auxiliar a la madre y no alargar innecesariamente el periodo expulsivo, al detectarse deceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal en la fase final del parto que en ningún caso eran indicativas de sufrimiento fetal, pues, como señala el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, eran “variables de corta duración, que no bajan de 80 latidos por minuto, con buena recuperación y aceptable variabilidad que se pueden considerar dentro de la normalidad”. En este sentido la utilización de la ventosa fue una medida genuinamente preventiva, esto es, dirigida a evitar un riesgo que no se había materializado pero que podía darse si la fase final del parto se alargaba sometiendo al feto a

una bradicardia sostenida durante largo tiempo. Es cierto que, como se señala en el escrito de reclamación, el informe de alta suscrito por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, fechado el 27 de mayo de 2005, en el apartado "Datos del parto", consigna "terminación del parto: distócico mediante ventosa. Indicación: monitor anormal". Pero esta anotación, según se infiere del informe que acompaña la copia del registro cardiotocográfico del parto de la reclamante, suscrito también por el citado Jefe de Servicio, constituye una mera indicación resumida de las "deceleraciones variables de corta duración" que experimentaba el feto, dentro, no obstante, de un "patrón de frecuencia cardíaca fetal compatible con un feto sin signos de hipoxia".

Por otro lado, la evolución del neonato, según la historia clínica y de acuerdo con los documentos e informes obrantes en el expediente, viene a corroborar la conclusión de que el daño neurológico que presenta no tiene su origen en el parto. Según el artículo suscrito por el Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, anexo al informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "X", debe tenerse en cuenta destacadamente, dados los signos indicativos de hipoxia intraparto comúnmente admitidos por la doctrina científica, que el trastorno motor que presenta el niño -hemiparesia espástica izquierda- es de una clase distinta al que se produce por interrupción aguda del aporte sanguíneo durante el nacimiento, y que afecta a las cuatro extremidades. La consideración del origen prenatal del daño es, por otra parte, la que desde el diagnóstico han mantenido tanto su pediatra de Atención Primaria como el Servicio de Pediatría del Hospital "X", pues las únicas anotaciones que en la historia clínica se refieren al origen perinatal del daño neurológico se consignan recogiendo lo manifestado por los padres durante la anamnesis en el contexto de una atención sanitaria urgente.

En definitiva, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar, sin que tales extremos hayan sido desvirtuados por actividad

probatoria de parte, que la actuación prestada por el sistema público sanitario en ningún momento fue negligente, sino ajustada a la *lex artis ad hoc*, de modo que no ha resultado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado dañoso imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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 doña .....

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

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.