

Expediente Núm. 46/2018
Dictamen Núm. 101/2018

V O C A L E S :

Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis,
Presidente en funciones
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de mayo de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 22 de febrero de 2018 -registrada de entrada el día 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la muerte del feto en el curso del parto, que atribuyen al retraso en el abordaje del sufrimiento fetal mediante cesárea urgente.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de diciembre de 2016, se presenta en la Delegación Territorial en Valladolid de la Junta de Castilla-León una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños y perjuicios derivados de la muerte del feto en el curso del parto en el Hospital

Expone que la gestación transcurrió con normalidad hasta “la semana 42.^a”, cuando se decidió inducción al parto, para lo que ingresó en el hospital el

28 de febrero de 2016 y “se le administró a la gestante Propex, que no resultó efectivo”, por lo que el día 1 de marzo se le pauta “Syntocinon i. v.” y horas después “se rompe manualmente la bolsa”. Reseña que “el proceso era muy lento”, por lo que se le suministró Buscapina a las 22:00 horas, pasando “de 4 a 8 cm de dilatación”, y precisa que “la paciente se encontraba monitorizada y en ese lapso de tiempo se aprecian bradicardias en el feto durante varios minutos./ El parto quedó nuevamente estancado, sin mayor dilatación, mientras que el trazo del monitor fetal evidenciaba la existencia de sufrimiento fetal (...). Sin embargo nada se hace”, y ya al día siguiente, “sobre las 2:40 h (...), al advertir en el monitor la ausencia de latido fetal, se trasladó urgentemente a la paciente a quirófano para practicar cesárea (...). El feto nació en parada cardiorrespiratoria” y no respondió a las maniobras de recuperación.

Se denuncia una omisión de medios “ante clarísimos y evidentes signos de pérdida de bienestar fetal”, pues “solo una comprobación de pH de calota fetal hubiera justificado permitir la progresión del parto”, y “sin haberse realizado esa comprobación (...) se desconocía la situación del feto, a salvo de las alteraciones registradas, que informan de una pérdida de bienestar o sufrimiento fetal, lo que imponía necesariamente la realización de una cesárea urgente muchas horas antes de lo que se hizo”, observándose que esta “se solicita cuando se constata la pérdida de latido fetal, demasiado tarde ya”. En suma se sostiene que “las importantes alteraciones que aparecen en el (registro cardiotocográfico) no fueron correctamente diagnosticadas ni valoradas”.

Se concluye que “hubiera podido evitarse el fallecimiento del feto de haberse abordado el sufrimiento fetal que padecía durante el proceso de alumbramiento, pudiendo en consecuencia actuar precozmente”.

Al abordar el *quantum* indemnizatorio se reseña que “de haber actuado correctamente el nacimiento se habría producido con total normalidad”, acudiéndose a las cuantías previstas en el baremo para los supuestos de muerte de un hijo, lo que arroja un montante de 105.400 € para “cada progenitor”.

Acompañan a la reclamación una copia de diversa documentación clínica y de los poderes generales para pleitos otorgados por los reclamantes a favor de varios letrados, entre los que se encuentra la firmante del escrito.

2. Con fecha 31 de enero de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, se incorpora al expediente una copia de la historia clínica de la gestante y el informe emitido por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital

En este último, fechado el 20 de febrero de 2016 (*sic*), se expone que "todos los registros cardiotocográficos durante la maduración cervical son normales (...). El registro cardiotocográfico (...) utilizado para el control de bienestar fetal intraparto puede presentar, hasta en un 30 % de los casos, trazado compatible con riesgo de pérdida de bienestar fetal. Sin embargo, solo en el 1 % de casos refleja una hipoxia cierta./ La cardiotocografía tiene una alta sensibilidad pero baja especificidad, con alta tasa de falsos positivos. Por tanto, ante un patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador la conducta inmediata incluye el mantenimiento de monitorización continua y la identificación y tratamiento de causas reversibles (aporte de O₂ materno, cambios posturales, hidratación, cese de oxitocina y tratamiento tocolítico, si precisa) (...). Durante el periodo de dilatación (...), estando la paciente con 4 cm, se diagnostica polisistolia que se corrige con la disminución y retirada de perfusión de oxitocina./ Posteriormente se objetiva episodio de bradicardia fetal, identificando como causa de la misma la hipertonia uterina, que responde a las medidas habituales de tratamiento (cambio postural, detención perfusión oxitócicos y administración de tocolíticos). Con dichas medidas se consigue la recuperación de la frecuencia cardíaca fetal, y comprobándose el signo positivo de la estimulación de la calota no es necesario realizar estudio de pH fetal./ Se debe ser conservador con la realización de pruebas invasivas no exentas de riesgo para el feto (...). En el segundo episodio de bradicardia fetal, estando la paciente con 9 cm de dilatación, y ante la falta de respuesta a la estimulación

de calota, se decide sin más pérdida de tiempo cesárea urgente, no por la ausencia de latido fetal sino por la bradicardia fetal mantenida (...). El estudio anatomopatológico de feto y placenta no determina la causa de la muerte fetal anteparto, pero el hallazgo de áreas de infarto en el 30-35 % de la superficie placentaria y signos de anoxia en la misma pudieran estar relacionados con la anomalía hematológica hallada en el estudio materno dentro del protocolo de feto muerto anteparto, con clara tendencia protrombótica; causa presente en numerosos casos de muerte fetal tardía”.

Se concluye que nos encontramos ante “una muerte fetal anteparto de causa indeterminada e impredecible, como ocurre en el 35 % del total de muertes fetales, en las que nunca se llega a conocer dicha causa”.

4. Habiendo solicitado los reclamantes una copia del expediente, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les remite el 17 de julio de 2017 una copia de todo lo actuado.

Interesada posteriormente por aquellos una copia del informe de Inspección Médica, este les comunica que “no existe tal informe”.

5. Con fecha 3 de enero de 2018, se incorpora al expediente un informe colegiado emitido, a instancias de la entidad aseguradora, por dos especialistas en Obstetricia y Ginecología y una Facultativa Especialista de Área. En él se observa que “el uso de prostaglandinas no se ajustó a los protocolos actuales de inducción, duplicando la duración aconsejada, así como (que) no se ajustó el incremento de dosis de oxitocina a pesar de que ya existía taquisistolia”; no obstante, se constata que “la frecuencia cardíaca fetal se mantiene normal hasta las 20:30 h”, y que “se realizó control materno fetal mediante monitorización continua a partir de la administración de oxitocina”. Se afirma que entre los distintos métodos para el control fetal la “monitorización fetal o registro cardiotocográfico” es “sin duda el (...) más ampliamente utilizado”, si bien “tiene una elevada tasa de falsos positivos; es decir, la mayoría de los registros anormales se asociarán a niños sanos”.

Se reseña que “la bradicardia es un descenso de la línea de base mantenido por debajo de 110 lpm y durante un tiempo no inferior a 10

minutos”, y que en “el único protocolo existente al respecto publicado por la SEGO”, que data de 2004, se especifica que “son signos cardiotocográficos que indican la necesidad de parto inmediato la deceleración prolongada” por debajo de “70 latidos/min durante más de 7 minutos”, precisando que “en otro documento que actualiza la SEGO, vigente desde enero de 2008”, se clasifican los registros en “normal, sospechoso y “patológico”, siendo este el “registro de la FCF con 2 o más criterios intranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal”, exponiéndose a continuación esos criterios.

Se concluye, a la luz de la literatura médica, que el registro cardiotocográfico “puede considerarse patológico desde la bradicardia final mantenida”, pues con las primeras alteraciones “se emplearon medidas de reanimación intrauterina”, y a las 23:30 h se procede a la “suspensión del goteo de oxitocina y (a) la administración de Prepar, recuperando la frecuencia cardíaca al ceder la hipertoniá”, de modo que “el trazado posterior muestra criterios tranquilizadores”.

Se indica que “las dos deceleraciones prolongadas de las 22:20 h y 23:30 h se recuperaron con medidas farmacológicas, puesto que fueron debidas a la frecuencia e intensidad de la dinámica uterina, respectivamente”, y que “el éxito de estas medidas (...) permite continuar con el trabajo de parto, esperando lograr un parto vaginal”.

Respecto a la microtoma de sangre fetal, se aprecia que con arreglo al protocolo que se cita “la presencia de líquido teñido de meconio, unido a las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, aunque no cumplan los criterios de registro patológico, hubiesen aconsejado la realización de una microtoma para determinación del pH”, si bien se añade que “es un método de control invasivo” y que “desconocemos si en el Hospital, se dispone de dicha técnica, y en ese caso si la cifra obtenida hubiese permitido diagnosticar una hipoxia suficiente como para indicar una cesárea con anterioridad a lo que se hizo”, puntualizándose que con arreglo al mismo protocolo cuando no pueda realizarse aquella “las decisiones respecto al parto se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, de otros datos acerca del estado fetal y de la situación clínica”.

Ponen de relieve finalmente que “el tiempo desde la indicación de una cesárea urgente hasta el nacimiento fue de 20 minutos, por tanto acorde a los protocolos de la SEGO”, y que “desde nuestro punto de vista, aunque la actuación médica de los profesionales que atendieron el parto en este caso no se ajusta a los protocolos en algunos aspectos, no se puede afirmar que eso se relacione directamente con el fatal desenlace”.

6. El día 22 de diciembre de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, libra informe la Jefa del Departamento de Valoración del Daño Corporal del Instituto Español de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En él manifiesta que se le encarga comprobar si la valoración del daño realizada por los reclamantes “se corresponde con el estado que refleja la documentación clínica y, en su caso, que proponga otra valoración del mismo de acuerdo al anexo de la Ley 35/2015”, por lo que analiza “únicamente el hecho del fallecimiento sin entrar a valorar la asistencia sanitaria dispensada”. Estima que “la cuantía estaría correctamente calculada si consideramos que se trata del fallecimiento de un hijo, pero en la propia reclamación se habla de fallecimiento del feto”, por lo que tratándose de un feto a término el montante indemnizatorio ascendería a 37.500 €.

7. Mediante escrito notificado a los reclamantes el 26 de enero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia del expediente.

El día 6 de febrero de 2018, estos presentan un escrito de alegaciones en el que subrayan que el registro cardiotocográfico “presentaba deceleraciones atípicas (a pesar de que por los informantes se diga que eran ‘típicas’). Así, ante una deceleración de más de 3 minutos en el (registro cardiotocográfico) este se convierte en patológico y, conforme a los protocolos, para poder seguir con el trabajo de parto es necesario realizar pH de calota. Por los informantes se dice que era ‘aconsejado’, pero que desconocen si el Hospital (...) dispone de los medios necesarios para realizarlo./ Pues bien, si no se dispusiera de dichos medios los protocolos indican extraer al feto de la forma más rápida

posible. Lo que tampoco se realizó./ Ante un registro patológico, mucho antes de la braquicardia final se debió actuar, bien determinando el bienestar fetal y, en su caso, si ello no fuera posible finalizar el parto mediante extracción inmediata del feto (...), siendo la causa del fallecimiento del feto la incorrecta valoración de las alteraciones” del registro cardiotocográfico.

Respecto a la valoración, señalan que el feto “llegó sano al parto” y “no cabe valorar el fallecimiento como si de una pérdida fetal se tratara, sino que ha de considerarse como el fallecimiento de un hijo. Pues de otro modo, no se estaría indemnizando por el daño efectivamente ocasionado a los reclamantes”.

8. Con fecha 13 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio por falta de nexo causal. En ella se razona, siguiendo el criterio de los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, que “el uso de prostaglandinas no se ajustó a los protocolos actuales de inducción, duplicando la duración aconsejada, así como (que) no se ajustó el incremento de dosis de oxitocina a pesar de que ya existía taquisistolia. El registro cardiotocográfico puede considerarse patológico desde la bradicardia mantenida final, y el tiempo desde la indicación de una cesárea urgente hasta el nacimiento fue de 20 minutos, por tanto acorde a los protocolos de la SEGO”. Se añade que, “aunque la actuación médica de los profesionales que atendieron el parto en este caso no se ajusta a los protocolos en algunos aspectos, no se puede afirmar que eso se relacione directamente con el fatal desenlace”.

Respecto a la afirmación de que “la presencia de líquido teñido de meconio, unido a las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, aunque no cumplan criterios de registro patológico hubiesen aconsejado la realización (de) una microtoma para determinación de pH, ha de tenerse en cuenta que, como señala el responsable del Servicio, se consiguió la recuperación de la frecuencia cardíaca fetal comprobándose el signo positivo de la estimulación de calota, por lo que no era necesario realizar estudio de pH fetal”.

Se concluye que “nos encontramos ante una muerte fetal anteparto de causa indeterminada e impredecible, como ocurre en el 35 % del total de muertes fetales, en las que nunca se llega a conocer dicha causa”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de febrero de 2018, 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 Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de diciembre de 2016, por lo que, deducida frente al daño derivado de un fallecimiento acaecido en el mes de marzo de ese mismo año, es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Solo 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.

SIXTA.- Reclaman los interesados el resarcimiento del daño derivado de la pérdida de la hija que esperaban, que imputan a la negligencia del servicio público sanitario en cuanto que no abordó adecuadamente las evidencias de sufrimiento fetal durante el proceso de alumbramiento.

Queda acreditado en el expediente el hecho de la muerte fetal intraparto, que conduce a presumir un padecimiento moral en los progenitores que aquí reclaman, aunque no se evidencie con nitidez su etiología.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de

responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto planteado los reclamantes aducen que debió anticiparse la cesárea urgente con ocasión del primer episodio de bradicardia (a las 22:00 horas del 1 de marzo, "muchas horas antes de lo que se hizo"), ante los "evidentes signos de pérdida de bienestar fetal", resultando que en el momento en que apuntan debió realizarse la cirugía el feto se encontraba con vida, sin que nada objetive que se hubiera malogrado de ser extraído entonces, por lo que deviene innecesario aislar ahora la causa de la muerte, que no se ha llegado a determinar.

A la luz de la reclamación, se comprueba que el nudo de la controversia radica en si los registros cardiotocográficos debieron interpretarse como indicativos de una cesárea inmediata al tiempo de la primera bradicardia, sin que se cuestione el resto de la actuación sanitaria. Al respecto los perjudicados argumentan, sin aportar prueba pericial ni concreción de la literatura médica a la que genéricamente aluden, que horas antes del episodio final el registro cardiotocográfico "presentaba deceleraciones atípicas (a pesar de que por los informantes se diga que eran `típicas´). Así, ante una deceleración de más de 3 minutos en el (registro cardiotocográfico) este se convierte en patológico y, conforme a los protocolos, para poder seguir con el trabajo de parto es

necesario realizar pH de calota”, precisando que de no estar disponible esta “los protocolos indican extraer al feto de la forma más rápida posible”. Frente a ello, todos los informes periciales incorporados al expediente estiman que el (registro cardiotocográfico) puede considerarse patológico desde la bradicardia final mantenida, y no antes (a las 2:40 horas del día 2 de marzo).

En el informe aportado por la compañía aseguradora así se concluye, con cita precisa de literatura médica en la que se documenta que el registro cardiotocográfico “tiene una elevada tasa de falsos positivos”, y que la deceleración prolongada indicativa de parto inmediato se extiende “durante más de 7 minutos”, clasificándose como “patológico” el “registro de la FCF con 2 o más criterios intranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal”, lo que no se objetiva hasta la bradicardia final, pues con las primeras alteraciones “se emplearon medidas de reanimación intrauterina”, y a las 23:30 h se procede a la “suspensión del goteo de oxitocina y (a) la administración de Prepar, recuperando la frecuencia cardíaca al ceder la hipertoniá”, observándose que “el trazado posterior muestra criterios tranquilizadores”. Se repara por los técnicos informantes en que “las dos deceleraciones prolongadas de las 22:20 h y 23:30 h se recuperaron con medidas farmacológicas, puesto que fueron debidas a la frecuencia e intensidad de la dinámica uterina, respectivamente”, y que “el éxito de estas medidas (...) permite continuar con el trabajo de parto, esperando lograr un parto vaginal”. Se rebate así documentadamente la doble afirmación de los interesados -huérfana de soporte pericial alguno- de que para poder seguir con el trabajo de parto es “necesario realizar pH de calota” y que de no estar disponible esta “los protocolos indican extraer al feto de la forma más rápida posible”.

Respecto a la microtoma de sangre fetal, los especialistas reseñan que con arreglo al protocolo que citan “la presencia de líquido teñido de meconio, unido a las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, aunque no cumplan los criterios de registro patológico, hubiesen aconsejado la realización de una microtoma para determinación de pH”, si bien se añade que “es un método de control invasivo” y que “desconocemos si en el Hospital se dispone de dicha técnica, y en ese caso si la cifra obtenida hubiese permitido diagnosticar una hipoxia suficiente como para indicar una cesárea con anterioridad a lo que

se hizo”, puntualizándose que con arreglo al mismo protocolo cuando no pueda realizarse aquella “las decisiones respecto al parto se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, de otros datos acerca del estado fetal y de la situación clínica”. En suma, lo expuesto por los técnicos revela que la microtoma de sangre fetal hubiera sido “aconsejable”, pero no exigible ni “necesaria” para poder seguir con el trabajo de parto, sin que ni siquiera se objetive su utilidad en este caso.

En el mismo sentido, en el informe librado por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital se recoge que el primer episodio de bradicardia fetal se supera con “las medidas habituales de tratamiento (cambio postural, detención perfusión oxitócicos y administración de tocolíticos)”, con las que “se consigue la recuperación de la frecuencia cardíaca fetal, y comprobándose el signo positivo de la estimulación de la calota no es necesario realizar estudio de pH fetal”, añadiéndose que “se debe ser conservador con la realización de pruebas invasivas no exentas de riesgo para el feto”. Igualmente, se razona que la cardiotocografía tiene una alta tasa de falsos positivos y que en el primer episodio de bradicardia fetal se identifica como causa la hipertonia uterina, que se aborda con las medidas habituales.

Asimismo, conforme al criterio del técnico que elabora la propuesta de resolución, “el registro cardiotocográfico puede considerarse patológico desde la bradicardia mantenida final” y no antes, y, en lo que atañe a la microtoma de sangre que se omite, subraya que “ha de tenerse en cuenta que, como señala el responsable del Servicio, se consiguió la recuperación de la frecuencia cardíaca fetal comprobándose el signo positivo de la estimulación de la calota, por lo que no era necesario realizar estudio de pH fetal”.

Ciertamente, en el informe pericial aportado por la compañía aseguradora se identifican unas actuaciones que no se ajustaron al protocolo, como son “el uso de prostaglandinas (...) duplicando la duración aconsejada” y “el incremento de dosis de oxitocina a pesar de que ya existía taquisistolia”, pero se admite pacíficamente que ese tratamiento farmacológico no guarda relación con la bradicardia ni con el fatal desenlace.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación contraria al buen quehacer médico que permita vincular al

servicio público la causa determinante del daño, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

Fdo.: Bernardo Fernández Pérez