

Expediente: 49/2011
Objeto: Responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria.
Dictamen: 8/2012, de 16 de enero

DICTAMEN

En Pamplona, a 16 de enero de 2012,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente José Antonio Razquin Lizarraga,

emite por mayoría el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 13 de diciembre de 2011 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito de la Presidenta del Gobierno de Navarra a través del que, con cita expresa de los artículos 16 y 19 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña..., en nombre y representación de doña..., don... y de la hija menor de edad de éstos..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 134/2011, de 1 de diciembre, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito de 19 de julio de 2011, doña..., en nombre y representación de doña... y don..., quienes actúan en nombre propio y en el de su hija menor de edad..., formuló reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por los daños y perjuicios sufridos con ocasión del nacimiento de...

En dicho escrito se aducen sustancialmente los siguientes hechos:

- Doña..., embarazada de 41 semanas y habiendo dilatado varios centímetros, ingresó el 6 de abril de 2010 a las 14:15 horas en el Servicio de Ginecología del Hospital... para finalizar gestación y el parto.
- “De la historia clínica (cuyo número y caso se consignan) se comprueba que no era un parto normal. En primer lugar, la gestación era prolongada, estaba pasada de fecha, por lo que el parto debe ser inducido. Además, por las anotaciones en la ficha de la paciente se deduce que hay indicadores para prestar mayor vigilancia”.
- “A las 21:00 horas una matrona realiza un registro y un tacto en el cual se rompe la bolsa, siendo trasladada a las 21:30 horas a la sala de dilatación (sala 1), donde es monitorizada con dos sensores, uno en el corazón del feto y otro para las contracciones. Le suministran Oxitocina para acelerar las contracciones. Cada cierto tiempo la matrona entra para controlar el ritmo de las contracciones y de la dilatación”.
- “A las 00:40 h la matrona hace un tacto y comprueba que está dilatada de 4 cm, por lo que deciden ponerle la epidural. Se observan deceleraciones por lo que el ritmo cardiaco no es normal, y para que cesen dichas deceleraciones le estimulan la cabeza del

feto. Es decir en ese momento ya hay anomalías o datos no tranquilizadores”.

- “A las 1:10 h vuelven a aparecer las deceleraciones. Se indica hacer una amnioinfusión pues el líquido amniótico es meconial, de color verde, lo cual indica que puede haber sufrimiento fetal y se trata de evitar que el feto trague el líquido”.
- “A las 3:00 horas siguen las deceleraciones y se indica PH de control lo que indica que existe sospecha de probable sufrimiento fetal. Como ya está dilatada de 6 cm deciden subir la dosis de Oxitocina para acelerar más la dilatación. Se colocó a... un monitor con dos tipos de señales: acústica y gráfica. Bajaron el volumen del altavoz que marca el corazón del feto, por lo que dejaron de oír su latido, y les apagaron la luz para descansar diciendo que, tanto... como su esposo que ha estado permanentemente con ella, estuvieran tranquilos que todo iba bien. Desde ese momento hasta las 6:00 h no entró nadie a comprobar el estado de la paciente ni a observar el monitor a pesar de que existían todos esos signos no tranquilizadores, y era obligada una vigilancia”.
- “A las 6:00 de la mañana entran en la habitación una enfermera y la matrona y observan una bradicardia mantenida severa de 15-20 minutos de duración. Dan aviso a la ginecóloga y cuando ésta entra y ve la situación pregunta si esto es real, y muy nerviosa pregunta ‘dónde estabais’ y ‘qué hacíais’. En un momento dado el feto había sufrido un brusco descenso en su frecuencia cardiaca, que le situó en una bradicardia, pero ésta no fue advertida. La ginecóloga mete a... la sonda, le hace un tacto y dice que está totalmente dilatada y pregunta si puede empujar y ante el desconcierto decide hacer una cesárea de urgencia. El tiempo transcurrido sin atención desde el primer síntoma hasta dar la voz de alarma y actuar fue de unos 15-20 minutos y hasta la decisión de practicar la cesárea de unos 24 minutos”.

- “En los monitores de la Sala de Control debe haber dos tipos de señales: la alarma visual y la acústica. Esta última parece que estaba desconectada por razones que se desconocen y tampoco hubo un control visual permanente por lo que la bajada de las pulsaciones no fue detectada. Es decir que... estaba monitorizada pero sin embargo no fue detectado el sufrimiento fetal. La bradicardia fue una emergencia obstétrica y la falta de detección a tiempo por parte de los profesionales obligados a ello, impidió una rápida corrección de la causa o la aceleración del parto por cesárea, lo que provocó la afectación cerebral del feto”.
- “A las 6:15 h nace mediante cesárea la niña... sin actividad cerebral y deciden esperar 48 horas para nuevo control. Se recupera con daños cerebrales muy severos y cuya magnitud se desconoce hasta que la propia evolución de la niña los revele. De momento se puede avanzar que presenta una grave afectación neurológica con ausencia de sinergias y trastornos del tono con una incapacidad y debe ser alimentada por sonda nasogástrica de succión y deglución”.

Desde la perspectiva jurídica el escrito de reclamación señala que los hechos, que pudieran estar incursos en tipo delictivo, han ocasionado daños y perjuicios de los que debe responder económicamente la Administración por haber sido producidos como consecuencia de un servicio público, por lo que formula reclamación por los daños y perjuicios ocasionados a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, sin cuantificar el importe de los mismos.

Con fecha 28 de julio de 2010 se presentó escrito por el que los reclamantes facultan a la Abogada doña... para que les represente en la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada el 19 de julio de 2010.

Iniciación del procedimiento

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a los interesados en fecha de 27 de julio de 2010, informándoles de la admisión a

trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), y los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó de la Subdirección de Consultas Externas, Ambulatorios y Asistencia Extrahospitalaria la remisión de la historia clínica de doña... relacionada con los hechos objeto de reclamación (seguimiento de embarazo y parto) y de la historia clínica de...

De la documentación clínica aportada cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Doña... es una mujer de 31 años de edad en el momento de lo hechos, primigesta, con fecha de última regla el día 24 de junio de 2009 y fecha probable de parto el 1 de abril de 2010.

- La gestación fue controlada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital... constando la primera visita el día 18 de agosto de 2009 (semana 7 + 5 de gestación). En la hoja de control de embarazo constan un total de 12 visitas prenatales y la realización de 3 estudios ecográficos, no existiendo incidencias significativas a lo largo del mismo.

- Con fecha 31 de marzo de 2010 se realiza un estudio de bienestar fetal por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, a petición de su Centro de Atención a la Mujer por NST (test no estresante) poco reactivo. En la exploración presenta: "Cuello posterior, largo y cerrado. Cabeza sobre estrecho superior. No es posible amnioscopia. Bolsa: íntegra. Ecografía: LAN. Placenta anterior II". En el apartado de evolución se señala: "Prueba de tolerancia a la oxitocina negativa. Presenta cifras de TA en el límite alto de la normalidad de forma puntual con normalización posterior a 110/67, con analítica urgente con parámetros dentro de la normalidad, proteinuria labstix (+)". En el juicio clínico se informa: "Bienestar fetal por PTO negativa". En cuanto al tratamiento, se señala la necesidad de control de cifras de tensión

arterial. Y en observaciones se especifica que en caso de presentar cifras de tensión arterial por encima de 150/95, cefalea, visión borrosa o de lucecitas o dolor de estómago (epigastralgia) acudirá a Urgencias de Ginecología, acudiendo a revisión el día previsto en su CAM.

- En la ficha de control de embarazo consta una exploración el día 6 de abril de 2010, siendo el motivo de consulta la finalización de la gestación. En la exploración obstétrica consta: "Semanas: 40 + 5. Gestación: única. Tacto vaginal: Cuello muy posterior, borrado en un 10 %, blando, dilatación 1 cm. Cefálica SIS. Amnioscopia: negativa. Presentación fetal: longitudinal cefálica. Frecuencia cardiaca fetal: positiva. Bolsa: íntegra". Se le indica que acuda al Hospital... para finalizar la gestación por gestosis y 41 semanas. En la ecografía realizada consta: "Feto en cefálica dorso derecha, con placenta anterior, líquido amniótico normal. PFE: 3000 gramos".

- La paciente ingresó el día 6 de abril de 2010 a las 14:15 horas para finalizar gestación por 41 semanas y gestosis. En el informe de exploración se recogen los datos de la exploración obstétrica y se indica: "Se coloca Propess a las 14,15, si no parto antes retirar a las 2:15 y valorar". En el apartado de "Estudios complementarios solicitados" se señala: "Registro cardiotocográfico: reactivo ++, dinámica presente cada 6-7 minutos".

- En el documento de historia obstétrica consta el ingreso en sala de dilatación el día 6 de abril de 2010 a las 21,30 horas, señalándose como "motivo de ingreso": inducción, y en el apartado de "modo de inducción": prostaglandinas. Las anotaciones en dicho documento son las siguientes:

- 21:30 horas: Cuello centrándose, borrado un 80 %, con dilatación de 1 cm, bolsa a tensión, REM (rotura espontánea de membranas) al tacto, fluyendo líquido amniótico meconial fluido. Presentación cefálica en primer plano. Retiro Propess.
- 22:00 horas: Vía con RL.
- 23:00 horas: Dilatación de 1 cm con cuello posterior, blando. Tensión arterial 135/75. Oxitocina.

- 00:20 horas (día 7 de abril de 2010): Dilatación de 4 cm, con cuello blando, borrado y presentación cefálica. Deceleraciones variables en algunas contracciones, reactiva con estimulación de la cabeza fetal.
- 1:10 horas: Persisten deceleraciones variables.
- 1:20 horas: Amniotomía. Dilatación de 4 cm.
- 3:00 horas: NST: deceleraciones variables en feto, con buena variabilidad. Se indica Ph de control, dando un valor de 7,26. Sondaje vesical.
- 6:10 horas: Visualizo bradicardia fetal mantenida, entro en la sala de dilatación, e intento localizar frecuencia cardiaca fetal y al no lograrlo se avisa al ginecólogo de guardia. Se oye un latido de 30-38 latidos y otro de 130-140 latidos. Pongo pulsioxímetro a la madre y la frecuencia cardiaca de 130-140 es materna.
- 6,15 horas: Avisan por bradicardia mantenida. Iniciamos perfusión de Prepara 60 ml/hora. Dilatación completa I plano. Coloco electrodo y se detecta latido 30-40 latidos por minuto. Cesárea urgente por riesgo por pérdida de bienestar fetal.

- El nacimiento tuvo lugar a las 6,15 horas del día 7 de abril del 2010, siendo una niña (...), de 2,800 gramos de peso, con un pH de arteria de cordón de 6.80. Test de Apgar al primer minuto de 1, a los 5 minutos de 3 y a los 10 minutos de 4. Se procede a reanimación, con aspiración de secreciones, oxígeno, ventilación mascarilla e intubación endotraqueal por parte del Servicio de Pediatría. Se procede a su traslado a la unidad de cuidados intensivos de neonatología.

Respecto a la evolución de la recién nacida, en su historia clínica consta informe de alta de Neonatología, relativo a su ingreso entre el día 7 de abril y el 15 de junio de 2010, donde, tras referirse a la evolución y a los estudios complementarios, se indica el siguiente juicio clínico: "Asfixia grave al nacimiento. Asfixia grave al 5º minuto de vida. Encefalopatía hipóxico-

isquémica. Grave afectación central. Convulsiones neonatales. Hipoacusia. Infección por VRS no confirmada. Reflujo gastroesofágico. Hiperglucemia”.

En una revisión efectuada el 23 de junio de 2010 por parte del Servicio de Rehabilitación se emite informe que concluye con el diagnóstico de “alteración del desarrollo motor e hipertonía de extremidades”. Con fecha 27 de junio de 2010 el Servicio de Pediatría, a donde acude por presentar febrícula, emite un informe cuyo juicio clínico indica “Bronquiolitis. Encefalopatía hipóxico isquémica secundaria a sufrimiento fetal”. Con fecha 13 de julio de 2010 el Servicio de Pediatría, a donde acude por la existencia de la encefalopatía hipóxico isquémica, emite un informe cuyo juicio clínico indica: “Encefalopatía hipóxico-isquémica. Grave afectación central. Convulsiones neonatales”. Con fecha 19 de julio de 2010 acude al Servicio de Urgencias de Pediatría presentando un episodio de bronco espasmo. Y con fecha 3 de agosto de 2010 existe un informe de exploración del Servicio de Neurología Infantil que señala: “Peso 4,750 kg. Estado general bueno. Fenotipo normal. Piel y mucosas normocolereadas. Pares craneales normales. Tono y fuerza muscular. Tetraparesia espástica. ROT vivos. RCP extensión. Sobresalto llamativo con mínimas maniobras. Exploración sistémica dentro de la normalidad”.

Informes

A requerimiento de la instructora del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se emitieron informes por dos matronas y una facultativo especialista de Área del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., que se encontraban prestando servicio en el momento en que acaecieron los hechos.

En el informe de 6 de septiembre de 2010 (Informe sobre la noche del 7-4-2010 en “partos”), suscrito por doña..., Matrona del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., se indica, entre otras circunstancias, que le fueron asignadas las habitaciones de dilatación 1 y 6. “Sobre las 21:30 llegó a la dil-1..., que tenía 41 semanas de gestación y aguas verdes. Tras la actuación protocolaria en los partos fueron pasando las horas y la dilatación aumentó hasta poder poner la epidural sobre la una de la

madrugada. Hacia la 1:30 la MIR Dra. ... me manda colocarle una amnioinfusión, debido a las aguas verdes y a las 'variables' que hacía frecuencia cardíaca fetal", que seguidamente le hace. "Hacia las 3 horas me dice que le vamos a hacer un ph a la niña pues siguen las variables. El resultado hacia las 3:15 es de 7,26. Manda a la paciente volver a la habitación. Una vez aquí le conecto el registro, el manguito de la TA, amnioinfusión, etc. Le bajo el volumen al monitor y apago la luz para que descansen un poco". Tras referirse a partir de las 4 a la llegada de la doctora ... y a diversas asistencias en otras habitaciones, señala que "cuando salgo del paritorio oigo decir ¡cesárea! ¡cesárea! y veo que el personal está en la dil-1. Entro en la habitación y veo a las auxiliares, enfermera y la matrona... terminando de preparar a... para el quirófano".

Por su parte, el informe (sin fecha) suscrito por doña..., Matrona del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., indica que en el turno de noche del 6 de abril de 2010 le correspondió asistir en las salas de dilatación 3 y 4. Tras narrar la prolongada asistencia en la sala de dilatación 3 (donde sobre las 4:45 nació el niño), señala que "cuando finalicé todo el proceso acudí a ver a la señora de la dilatación cuatro. La paciente ya había sido trasladada al paritorio dos. Le comente a mi compañera ... si me hacía yo cargo del parto o lo terminaba ella, y como ya estaba lavada se quedó ella". A continuación alude a otras tareas relacionadas con otro ingreso. El informe continúa diciendo: "Durante toda esa actividad, cada vez que pasaba por el control miraba la central de monitores, las gráficas no me llamaron especialmente la atención ya que eran similares a como habían sido durante toda la noche". Hacia las 5:50 pasa a la paciente de la sala de espera a Dilatación-4 y le explica el procedimiento, prepara la vía y coloca el monitor". Luego señala que, tras volver al control a anotar los datos en la historia e introducirlos en el ordenador, "En la pantalla del ordenador saco en grande la gráfica de la paciente de la Dilatación-1... y me percaté de que el niño lleva 11 minutos en bradicardia severa, entro sin perder tiempo con... en la sala, hago una marca en el papel del monitor (para saber en el momento que entro en la Dilatación-1), cambio de decúbito a la paciente e intento buscar latido, y digo a... que avise al 'ginecólogo urgente'. Viene la Doctora... y comenta si es real o una pérdida de foco y dónde estábamos y qué

estábamos haciendo, y le digo que con la paciente de la inducción de las aguas meconiales. La ginecóloga explora a la paciente, dice que está en dilatación completa, le coloca un electrodo al feto para comprobar FCF y si la bradicardia es real, y decide cesárea urgente en el quirófano de la primera planta maternal, ya que el quirófano de cesáreas de partos está sin limpiar porque acaban de realizar otra cesárea. Yo me quedo con la paciente preparándola para la cesárea, sondándola, desconectando la oxitocina, el monitor, etc., para no perder tiempo la señora pasa al quirófano de partos casi sin limpiar, cuando nace el bebé ayudo a los pediatras en su reanimación y cuando la estabilizan pasa a la UCI de Neonatos”. Finalmente, reseña que “en el momento de descubrir la bradicardia de... en el control de partos estábamos en ese momento: ... (matrona) suscribiendo en la historia clínica los procedimientos que había realizado a la paciente que había ingresado. ... (matrona) pasando al ordenador la historia de la paciente a la que habían realizado la cesárea, la Doctora... (Anestesista) que había salido un momento del quirófano de cesáreas y... (enfermera)”.

El informe emitido el 10 de septiembre de 2010 por doña..., Facultativo Especialista de Área del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., comienza expresando, entre otros, los hechos siguientes:

- “La exploración clínica al ingreso mostró condiciones desfavorables para la inducción (provocación) del parto vaginal por lo que se decidió madurar (mejorar) las características del cuello uterino para poder provocar el parto con éxito (conseguir parto vaginal). Previamente se confirmó el bienestar fetal mediante varias pruebas (monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y amnioscopia), con resultados todos ellos normales. Su ginecólogo había realizado una ecografía también compatible con ausencia de deterioro del bienestar fetal. Tras la administración de la medicación para madurar el cuello uterino (consiste en la aplicación de prostaglandinas vía vaginal) se repitió la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal, cuyo resultado fue normal (...) (No es correcto que se trate de una gestación prolongada, ya que esta es la que dura más de 42 semanas (>294 días) y tampoco se confirmó la existencia de gestosis (hipertensión del embarazo) ya que las cifras de tensión arterial fueron normales)”.

- A las 21:00 horas avisa porque dice que tiene contracciones dolorosas. Se indica repetir la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (que fue normal), tras lo que se realiza un tacto vaginal, en el que se observan cambios cervicales iniciales y bolsa amniótica a tensión que se rompe con salida de líquido con tinción meconial fluida. Por ello se indica inducción de parto y monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal. Llega a la sala de dilatación de partos a las 21:30 horas. A las 23 horas se explora a la gestante y ante el hallazgo de una dilatación similar al ingreso (es decir no había habido más progresión del parto) se inicia la administración intravenosa de oxitocina (modo habitual de inducción al parto)".

- "De 23:50 a 0:30 la gráfica demuestra deceleraciones variables ligeras a moderadas. Se procede a la estimulación de la cabeza fetal mediante tacto vaginal lo que produjo la aceleración de la frecuencia cardiaca fetal. Esta aceleración de la frecuencia cardiaca fetal indica un feto bien oxigenado y sin deterioro del bienestar fetal. A las 0:40 la matrona realiza la exploración vaginal que muestra dilatación de 4 cms, se estima que el parto está establecido y, previa autorización de la paciente, se administra analgesia epidural por el equipo de anestesia. De 1 a 1:20 se observan deceleraciones variables por lo que se indica amnioinfusión terapéutica (su objetivo es evitar posibles compresiones del cordón umbilical que pueden estar producidas por disminución del volumen del líquido amniótico)".

- "De 2:50 a 3:10 la gráfica vuelve a mostrar deceleraciones variables por lo que a las 3:15 se indica la toma de una muestra de sangre fetal para valorar su pH (prueba de referencia para el diagnóstico de la acidosis fetal), el resultado fue 7,26 (dentro de los límites normales). Así, con la prueba que confirma el bienestar fetal se decide continuar el parto. Vuelve a ser monitorizada en la sala de dilatación a las 3:26".

- "A las 05:55 el feto entra en bradicardia mantenida (descenso de la frecuencia cardiaca fetal que se prolonga en el tiempo). En ese momento están en el área de partos dos médicos y tres matronas además de otro personal auxiliar. La entrada en bradicardia coincide con dos partos

simultáneos, uno espontáneo atendido por matrona y una cesárea atendida por los dos médicos; la segunda matrona monitorizando a un nuevo ingreso en la sala de partos, la tercera matrona realiza diversas labores auxiliares que conlleva la asistencia a los partos. Por esta circunstancia durante 11 minutos la bradicardia fetal no es advertida. A las 6:10 una matrona avisa a los médicos que estaban en quirófano (Dra.... y Dra. ...) para que observen la bradicardia fetal. Al aviso de la bradicardia se deslaza (sale) de la intervención la Dra. ... y pasa a la sala de dilatación. Realiza tacto vaginal para comprobar la evolución del parto y registrar mejor la frecuencia cardíaca fetal. Se confirma bradicardia fetal. Se decide extracción fetal urgente por cesárea indicada por registro patológico, ya que se valora que esta es la vía más rápida de extracción del feto (...). Se opta por esa última opción (desalojar el quirófano de cesáreas ocupado) por ser la más rápida posible (hora de parto: 06:15)".

Tras ello, la doctora... realiza en su informe unas consideraciones a los hechos, "sobre las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto" (la prueba de valoración del pH de la sangre fetal se realizó en el transcurso de la dilatación y confirmó el bienestar fetal), "sobre la amniotomía" y "sobre la asistencia al parto", que terminan señalando lo siguiente:

- "Una vez se detecta una bradicardia mantenida habitualmente hay un tiempo de observación expectante de 7-10 minutos, ya que la mayoría son transitorias, antes de plantearse la decisión de finalizar el parto. Esto significa que parte del tiempo que el feto estuvo en bradicardia lo hubiera estado igualmente. Además, el tiempo de actuación una vez indicada la cesárea fue extremadamente breve, circunstancia favorecida por la rápida evacuación del quirófano de cesáreas y por el hecho de que todo el personal de quirófano estuviera previamente preparado por haber actuado en la intervención anterior".

- "La medicina no es una ciencia infalible y no se le puede exigir resultados óptimos en todos los casos. En el caso presente conocemos una secuencia de hechos y un resultado, pero es posible que una secuencia diferente (diagnóstico más precoz del deterioro del bienestar fetal, cesárea

con menor intervalo de tiempo) hubieran dado resultados similares ya que no podemos saber en qué momento la hipoxia fetal produjo un daño irreversible (incluida la posibilidad de que se hubiera producido en otro momento fuera del que es objeto de este informe, sin que el feto estuviera monitorizado)".

- "En resumen, cuando el feto entró en bradicardia ésta no fue observada, desde el mismo momento en que se produjo, por el personal responsable del control de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (matrona a cuyo cargo estaba el parto). Las actuaciones posteriores hicieron posible una cesárea urgente en un tiempo inusualmente breve".

- "No obstante hay que significar que la tolerancia de un feto a la bradicardia o hipoxia es muy variable: desde fetos que pueden aguantar en bradicardia más de ½ hora, sin deterioro relevante al nacimiento, hasta otros que fallecen en un plazo tan breve en el que es imposible ejecutar una actuación médica efectiva".

Trámite de negociaciones y cuantificación de la reclamación

Mediante resolución de 15 de octubre de 2010, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico, se acordó el inicio de negociaciones entre la Compañía de Seguros... y los reclamantes con vistas a la conclusión del procedimiento mediante pacto, suspendiéndose el plazo para resolver. A decir de la resolución, "En Comisión de Seguimiento de Siniestros de 27 de septiembre de 2010, constituida por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, su asegurado '..., Sucursal en España' y la correduría de seguros '...', se ha acordado que la aseguradora... entable negociaciones con los reclamantes encaminadas a la finalización del procedimiento mediante acuerdo".

La representación de los reclamantes, mediante escrito de 11 de abril de 2011, solicitó el levantamiento de la suspensión y la continuación del procedimiento hasta su resolución, por considerar que no es posible el pacto porque la oferta económica presentada por la compañía de seguros... es totalmente insatisfactoria.

Por resolución de 16 de mayo de 2011, de la Jefa del Servicio de Régimen Jurídico, se acordó alzar la suspensión del procedimiento y la continuación del mismo, así como requerir a los reclamantes para que cuantifiquen motivadamente su petición.

La representación de los reclamantes, mediante escrito de 31 de mayo de 2011, tras remitirse al historial médico e indicar que el Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte ha emitido certificado de reconocimiento de la situación de dependencia con el grado y nivel de Gran Dependiente Nivel 2 con efectos de 8 de abril de 2011, cuantificó su petición en 1.200.000 euros, más una pensión vitalicia de 1.000 euros mensuales actualizables anualmente conforme al IPC para gastos futuros, más la adecuación de la vivienda. Ello se fundamenta en la aplicación analógica, y como referencia, del sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en las cuantías a aplicar durante 2011 según Resolución de 20 de enero de 2011, con el desglose siguiente:

- Secuelas: 100 puntos (3.296,42 €/punto)..... 329.642,00 €
- Daño moral complementario a90.705,42 €
- Gran invalidez, necesidad de ayuda de otra persona.. 362.821,67 €
- Perjuicios morales de familiares.....136.058,13 €
- Vehículo..... 50.000,00 €
- Elemento corrector por circunstancias excepcionales, previsto en el apartado Primero.7 del Anexo.....230.772,78 €

Añade que respecto de los gastos futuros, se refiere a gastos farmacológicos, rehabilitadores, aparatos ortopédicos y de índole semejante. Y respecto a la vivienda, es un capítulo aparte puesto que mis representados son titulares de una VPO que no reúne las condiciones de habitabilidad para minusválido por lo que el cambio de vivienda supondrá un desembolso que actualmente se desconoce, pero a la que no se renuncia como indemnización.

Dictamen médico

Asimismo, consta en el expediente dictamen médico de la Asesoría Médica..., emitido el 13 de junio de 2011 por los médicos especialistas en ginecología don ... (responsable de la Unidad de Oncología Ginecológica y Endoscopia y coordinador del Servicio de Obstetricia del Hospital...) y don ... (Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del...), en el que tras reseñar el motivo de la reclamación, la documentación analizada y realizar un resumen de los hechos concurrentes, se realizan distintas consideraciones médicas, de las que pueden destacarse los extremos siguientes:

- “Se trata de un caso de encefalopatía neonatal con posterior parálisis cerebral (tetraparesia espástica) que los reclamantes relacionan con una deficiente asistencia durante el parto”; “la reclamación se centra en la asistencia durante el parto”.

- Tras unas consideraciones teóricas, a la vista de los informes pediátricos del diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica, pasa a analizar el control del parto. Se inicia con una referencia al meconio, indicando que “durante los últimos años se ha dudado de la validez del meconio como indicador de sufrimiento fetal o pérdida de bienestar fetal. La experiencia clínica confirma que en muchas ocasiones existe meconio sin que exista pérdida de bienestar fetal y en otros habrá claros signos de hipoxia fetal con ausencia de meconio”. Alude a continuación a los distintos métodos para el control fetal durante el parto, señalando que “el que más se emplea hoy en día es el registro cardiotocográfico fetal”, aludiendo seguidamente a su interpretación y señalando que “las deceleraciones variables son el tipo de deceleración que más frecuentemente se observan durante el parto” y “en general, este tipo de deceleraciones tiene poca implicación sobre la salud fetal, debido precisamente a su carácter transitorio, es decir, el cordón no está permanentemente comprimido excepto en situaciones raras (prolapsos de cordón, nudos verdaderos). Pero es cierto que algún tipo de estas deceleraciones también se ha relacionado con acidosis e hipoxemia fetal que exige una actuación inmediata”. Continúa distinguiendo diversos tipos de deceleraciones, entre ellas las típicas y las atípicas, afirmando que “estas deceleraciones atípicas se han relacionado con un peor pronóstico perinatal, y se consideran indicativas de hipoxia

fetal". "Parece claro que las deceleraciones variables típicas estarían relacionadas con compresión transitoria del cordón en fetos con adecuado bienestar fetal, mientras que cuando aparecen criterios que permiten calificarlas como atípicas, y sobre todo si son repetitivas, se deben asociar a hipoxia fetal. Las guías actuales establecen que deben repetirse en al menos el 50 % de las contracciones". En relación con el caso, "podemos observar que las deceleraciones de tipo variable que existen a partir de las 0,20 horas presentan rasgos típicos, por lo que no deben ser relacionadas con un compromiso fetal"; "este tipo de deceleraciones se mantienen hasta la 1 h aproximadamente, cuando se decide hacer una amnioinfusión. La amnioinfusión intraparto consiste en la introducción a través del cerviz, de una solución fisiológica estéril en el interior de la cavidad amniótica, con el objetivo de aumentar el volumen de líquido intrauterino o de diluir sustancias potencialmente patógenas presentes en él". "Vemos, pues, como en este caso, ante la existencia de deceleraciones variables repetitivas, la amnioinfusión estaba plenamente justificada. A pesar de la misma, y aunque de forma no repetitiva, se siguen apreciando algunas deceleraciones variables, siempre con aspecto típico por lo que a las 3,10 horas se indica pH de control que da como resultado 7,26". En el presente caso, "la existencia de meconio junto con deceleraciones variables (alteración de la frecuencia cardíaca fetal) indicaban la práctica del pH, tal y como acertadamente se hizo".

- Para interpretar estos resultados señala que, "de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre la Asistencia al parto y Puerperio Normal de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, si el pH es $>7,25$ no es necesario repetir la microtoma, ni tomar ninguna decisión a menos que se presenten otras indicaciones o persistan las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. Si el registro sigue siendo patológico o dudoso, se debe repetir la determinación en 15 minutos". "En este caso, los valores eran totalmente normales. A partir de este momento el registro es muy similar a lo largo del tiempo con una frecuencia cardíaca fetal dentro de la normalidad, a unos 140 lpm, variabilidad adecuada, ausencia de patrones decelerativos anómalos, e incluso presenta algún ascenso transitorio de la frecuencia cardíaca fetal".

- Tras mencionar la Guía de signos de alarma durante el parto (2008) de la SEGO (que incluye calificaciones de los registros como tranquilizadores, intranquilizadores o anormales, en función de la presencia de ciertos hallazgos), señala que “en este caso, no se aprecian alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal que permitan su calificación como anormal y exijan una actuación médica inmediata, hasta que tiene lugar una brusca y dramática bradicardia fetal que comienza a las 5:51 horas según el reloj del monitor. Esta bradicardia implica un compromiso fetal evidente y exige la extracción fetal por la vía más rápida”.

- A partir de las anotaciones de la Historia obstétrica, respecto a las actuaciones realizadas desde que comienza la bradicardia, señala que “desde que comienza la bradicardia (5:51 horas) hasta que se extrae el feto transcurren 24 minutos”. Teniendo en cuenta que “el tiempo que transcurre desde que se indica una cesárea urgente hasta que se extrae el feto no debe exceder de 30 minutos” y que la extracción del feto tuvo lugar a las 6,15 h, señala que “al tiempo transcurrido en este caso, aún estando dentro de los estándares correctos, debemos señalar que la bradicardia, dada la normalidad del registro existente previamente y la ausencia de patología materno-fetal aguda, es muy difícil de entender. Se correspondería fácilmente si esta caída tan brusca y grave de la frecuencia cardiaca fetal se acompañara de patologías que sí sabemos pueden provocar una interrupción aguda y grave del aporte de oxígeno al feto, tal como un desprendimiento prematuro de placenta, una rotura uterina o un prolapso de cordón. Ninguna de estas circunstancias ocurrió. Tampoco se describen hallazgos anormales en la cesárea ni en el estudio histológico de la placenta que puedan explicarlo. Es, precisamente, este carácter súbito y sorprendente de la aparición de la bradicardia, la que obliga a los profesionales a confirmarla, comprobando que la misma se correspondía claramente al latido fetal. En definitiva, aunque puede parecer que existió una demora en la actuación una vez detectada la bradicardia, podemos afirmar que, por lo dicho anteriormente, es totalmente comprensible, y que, en todo caso, el tiempo hasta la extracción fetal se ajustó al recomendado en las actuales Guías (no superior a los 30 minutos)”.

- “Como resumen final, y a la vista de la documentación aportada y del estado actual de la evidencia científica, podemos asegurar que la actuación médica debe ser calificada de correcta y que, aún con las reservas propias por la dificultad de valorar el caso por el estado actual de desconocimiento científico de esta patología (parálisis cerebral), los peritos que suscriben piensan que, en realidad, todos los signos inespecíficos periparto (meconio, deceleraciones variables) deben ser secuelas de procesos patológicos ocurridos antes del parto y que dan lugar a una hipoxia crónica, produciendo afectación del sistema nervioso autónomo y por tanto del control de la frecuencia cardíaca fetal y de la respiración. Puede ser que estos fetos lleguen al parto en condiciones precarias y que al ser sometidos a la situación de la hipoxia fisiológica que ocurre en todos los partos, que es intermitente, pero prolongada (por las propias contracciones del parto), llegue un momento en que se produzca el daño irreversible en un cerebro ya dañado previamente. Otro dato que apoyaría el origen prenatal del daño neurológico lo podemos extraer del Protocolo de la Asociación Española de Pediatría ‘Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica’ donde se señala que, debido a que todos los neonatos que presentan un episodio asfíctico perinatal causante de daño cerebral y secuelas neurológicas posteriores presentan invariablemente una encefalopatía aguda durante los primeros días de vida, el término de asfixia perinatal y su potencial implicación como responsable de discapacidad es restringido a aquellos neonatos con indicadores perinatales que presentan una encefalopatía aguda en las primeras horas de vida con afectación hipóxico-isquémica, aunque sea subclínica, de al menos otro órgano o sistema. No hay constancia, en este caso, de que exista daño hipóxico de ningún otro órgano neonatal, excepto la consabida encefalopatía”.

- Finalmente, el dictamen formula las conclusiones siguientes:

- “1. Se trata de un caso de encefalopatía neonatal con parálisis cerebral que los reclamantes relacionan con una situación de deficiente control durante el parto.
2. A la vista de los informes de Neonatología, la niña presentó una encefalopatía hipóxico-isquémica severa con evolución posterior a una tetraparesia espástica (parálisis cerebral).

3. El control fetal durante el parto se realizó con los medios adecuados, registro cardiotocográfico, y se actuó de forma correcta ante la existencia de signos inespecíficos de compromiso fetal (meconio y deceleraciones variables) mediante el estudio acido-base fetal (pH).
4. No existía indicación de finalizar el parto hasta la existencia de la bradicardia fetal que aparece hacia las 6:01 horas. El tiempo que transcurre desde que se diagnostica dicha bradicardia hasta que se extrae el feto es realmente corto (15 minutos) y se encuentra dentro de los estándares aceptados.
5. Dada la ausencia de patología materno-fetal aguda que pueda explicar una bradicardia tan repentina y brusca, y al existir un daño exclusivo del sistema nervioso central y no de otros órganos o sistemas, estos peritos piensan que en este caso existió un insulto (ataque) hipóxico prenatal responsable del daño neurológico que se manifestó solamente en el momento final del parto (cuando apareció la bradicardia).
6. De esta forma, la actuación de los facultativos debe ser calificada de correcta y ajustada a la *lex artis*”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Consta en el expediente la apertura de trámite de audiencia a los reclamantes, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP), a los que se concedió, mediante escrito de 27 de junio de 2011, un plazo de quince días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimasen pertinentes, poniendo a su disposición simultáneamente la historia clínica y los informes médicos a los que nos hemos referido anteriormente.

Los reclamantes haciendo uso de su derecho presentaron el 15 de julio de 2011 escrito de alegaciones en el que se limitan a señalar lo siguiente:

- “Que de la información facilitada se desprende la completa responsabilidad del Centro Sanitario y de los profesionales, responsabilidad que ya fue asumida inicialmente, como resulta de la resolución de 15 de octubre de 2010. Esta resolución remitió a una

negociación con la Compañía de Seguros, que llegó a hacer una oferta económica aunque insatisfactoria”.

- “Esta parte se reserva, por si fuera preciso en vía jurisdiccional penal o contencioso-administrativa, el derecho a aportar informes periciales acreditativos de nuestra pretensión”.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña..., en nombre y representación de doña... y don... y de la hija de ambos..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en relación con las secuelas que presenta su hija... tras su nacimiento. En su fundamentación se traen a colación los diversos informes de la facultativo y de las matronas que atendieron a la paciente, así como las consideraciones y conclusiones del dictamen de la asesoría médica..., que parecen ir en dirección opuesta a las afirmaciones que se contienen en los escritos de la demandante, negando las aseveraciones sobre las que construye su reclamación. En tal sentido, en la propuesta de resolución se pone de manifiesto que “las reclamantes y/o su representación letrada, por su parte, no han presentado dictamen pericial alguno que contradiga los informes obrantes en el expediente o el dictamen aportado por esta Administración sanitaria, careciendo de justificación objetiva la mayoría de las afirmaciones que realizan en su reclamación”. Por ello, atendiendo al criterio de la *lex artis*, considera correcto el control del embarazo de doña..., acertadas y totalmente justificadas las actuaciones de los profesionales que asistieron al parto, ya que ante la bradicardia mantenida se actúa según la praxis establecida y en un tiempo muy breve y la hipoxia desencadenante de la tetraparesia que padece la recién nacida tiene origen prenatal y no guarda relación de causa-efecto de la bradicardia manifestada en la fase final del parto. Por tanto, la asistencia prestada fue adecuada a las circunstancias acaecidas en cada momento y se ajustó a la *lex artis*, no habiéndose producido ni acreditado el necesario nexo causal entre la asistencia prestada

y el resultado dañoso ocasionado a su hija recién nacida, por lo que procede la desestimación de la reclamación.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por los padres de una niña menor de edad, en su nombre y en el de su hija, por los daños y perjuicios que entienden derivados de la asistencia sanitaria prestada con ocasión del parto y nacimiento de la niña. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial

corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Por último, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además informes médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos que estimara convenientes, y todo ello con anterioridad a la formulación de la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor 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.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su

antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

II.3ª. En particular, la causalidad y antijuridicidad del daño. Sobre la infracción de la *lex artis*

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “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 aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en precedentes dictámenes (entre otros, dictámenes 24/2007, de 25 de junio y 32/2009, de 24 de julio), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002) y, por otra parte, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo

(SSTS 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

De manera que cuando del servicio sanitario o médico se trata, la prestación de una asistencia sanitaria correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun habiéndose producido secuelas en el enfermo, si la intervención profesional se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, se está ante un resultado que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el transcrito artículo 141.1 de la LRJ-PAC. Lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no será, por tanto, el proceder de la Administración, dado que ésta responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, que no concurrirá cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél (Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 2001).

En el presente caso resulta evidente que se ha producido un daño, concretado en la parálisis cerebral (tetraparesia espástica) que padece la niña..., hija de los reclamantes, según resulta de los propios documentos clínicos y del informe de la Asesoría Médica..., así como también se

reconoce en la propuesta de resolución. No es, por tanto, la existencia del daño la que, en principio, se debe valorar, sino si la actuación sanitaria se desarrolló de acuerdo con el criterio de la *lex artis* y si concurre el nexo de causalidad.

Como se ha recogido en los antecedentes, los reclamantes sustentan su pretensión de responsabilidad patrimonial, y en definitiva las indemnizaciones que solicitan, en la concurrencia de una infracción de la *lex artis* en la atención sanitaria recibida por doña.... La reclamación centra su alegación sobre la existencia de un deficiente control durante el parto, que se presentaba, a su juicio, como un parto que no era normal por tratarse de gestación prolongada y la concurrencia de indicadores que exigían mayor vigilancia, sin que desde las 3:00 horas en que se indica pH de control hasta las 6:00 horas nadie entrase a comprobar el estado de la paciente ni a observar el monitor; y a las 6:00 horas entran en la habitación una enfermera y la matrona y observan una bradicardia mantenida severa de 15-20 minutos de duración, de modo que en un momento dado el feto había sufrido un brusco descenso en su frecuencia cardiaca, que le situó en una bradicardia, pero ésta no fue advertida. A su juicio, la bradicardia fue una emergencia obstétrica y la falta de detección a tiempo por parte de los profesionales obligados a ello, impidió una rápida corrección de la causa o la aceleración del parto por cesárea, lo que provocó la afectación cerebral del feto.

Sin embargo, esa fundamentación ha sido contradicha, con base en los datos que constan en la historia clínica, por los informes incorporados en el curso de este procedimiento, que concluyen que el control del parto fue correcto y la asistencia se prestó conforme a la *lex artis* y que no concurre la relación de causalidad pues el daño sufrido tiene origen prenatal; por lo que la propuesta de resolución considera que la asistencia sanitaria prestada “fue adecuada a las circunstancias acaecidas en cada momento y se ajustó a la *lex artis*, no habiéndose producido ni acreditado el necesario nexo causal entre la asistencia prestada y el resultado dañoso ocasionado a su hija recién nacida”.

En el informe emitido por doña..., facultativo especialista de Área del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., se da cuenta de la

asistencia prestada a la paciente, indicando que no es correcto que se trate de una gestación prolongada, así como la previa confirmación del bienestar fetal mediante varias pruebas (monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y amnioscopia), con resultados todos ellos normales y, tras la inducción al parto, la monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal. En cuanto a las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto, considera que la existencia de deceleraciones no graves durante el parto es un hecho relativamente frecuente en los partos normales, sin que la mayoría de ellas revistan trascendencia, habiéndose realizado la prueba de determinación de la oxigenación fetal a través de la valoración del pH de la sangre fetal en busca de acidosis, que confirmó el bienestar fetal. También se llevó a cabo una amnioinfusión, cuyas finalidades son evitar la compresión del cordón (lo que ocurrió en el caso presente) o diluir el meconio (presencia de heces fetales en la cavidad amniótica) en caso de que sea muy denso (no ocurrió en este caso). Y en cuanto a la asistencia al parto, indica por una parte, que cuando el feto entró en bradicardia ésta no fue observada, desde el mismo momento en que se produjo, por el personal responsable del control de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (matrona a cuyo cargo estaba el parto), pero de otra, que, una vez se detecta una bradicardia mantenida habitualmente, hay un tiempo de observación expectante de 7-10 minutos, ya que la mayoría son transitorias, antes de plantearse la decisión de finalizar el parto, lo que significa que parte del tiempo que el feto estuvo en bradicardia lo hubiera estado igualmente y, además, el tiempo de actuación una vez indicada la cesárea fue extremadamente breve. A su juicio, en el caso presente se conoce una secuencia de hechos y un resultado, pero es posible que una secuencia diferente (diagnóstico más precoz del deterioro del bienestar fetal, cesárea con menor intervalo de tiempo) hubieran dado resultados similares, ya que no puede saberse en qué momento la hipoxia fetal produjo un daño irreversible (incluida la posibilidad de que se hubiera producido en otro momento fuera del que es objeto de este informe, sin que el feto estuviera monitorizado).

En el informe emitido doña..., Matrona del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital..., se indica que la noche transcurre con normalidad, con mucho trabajo porque las seis salas de dilatación estaban ocupadas.

Durante toda esa actividad, cada vez que pasaba por el control miraba la central de monitores, sin que las gráficas llamasen especialmente su atención por ser similares a como habían sido durante toda la noche. Sobre las 5:50 horas, al sacar en grande la gráfica de la paciente de la Dilatación-1..., se percata de que el niño lleva 11 minutos en bradicardia severa, tras lo que entra en la sala, cambia de decúbito a la paciente e intenta buscar latido, y se avisa y acude a la ginecóloga, que comenta si es real o una pérdida de foco y tras comprobar si la bradicardia es real, se decide cesárea urgente.

El informe de la Asesoría Médica ... señala que la actuación sanitaria debe considerarse correcta y ajustada a la *lex artis*, por considerar que el control fetal durante el parto se realizó con los medios adecuados, registro cardiotocográfico, y se actuó de forma correcta ante la existencia de signos inespecíficos de compromiso fetal (meconio y deceleraciones variables) mediante el estudio acido-base fetal (pH) y que no existía indicación de finalizar el parto hasta la existencia de la bradicardia fetal que aparece hacia las 6:01 horas, siendo realmente breve el tiempo transcurrido desde que se diagnostica dicha bradicardia hasta que se extrae el feto (15 minutos) y se encuentra dentro de los estándares aceptados. En particular, destaca que durante los últimos años se ha dudado de la validez del meconio como indicador de sufrimiento fetal o pérdida de bienestar fetal, de modo que en muchas ocasiones existe meconio sin que exista pérdida de bienestar fetal y en otros habrá claros signos de hipoxia fetal con ausencia de meconio; el método de control fetal durante el parto más utilizado en la actualidad es el registro cardiotocográfico fetal; ante la existencia de deceleraciones variables repetitivas, la amnioinfusión estaba plenamente justificada; que la existencia de meconio junto con deceleraciones variables (alteración de la frecuencia cardíaca fetal) indicaban la práctica del pH, tal y como acertadamente se hizo, con valores totalmente normales y a partir de este momento el registro es muy similar a lo largo del tiempo con una frecuencia cardíaca fetal dentro de la normalidad; y en cuanto a la bradicardia, que comienza a las 5:51 horas según el reloj del monitor, señala que desde que comienza la bradicardia (5:51 horas) hasta que se extrae el feto transcurren 24 minutos, lo que, teniendo en cuenta que “el tiempo que transcurre desde

que se indica una cesárea urgente hasta que se extrae el feto no debe exceder de 30 minutos” y que la extracción del feto tuvo lugar a las 6,15 h; por lo que, aunque puede parecer que existió una demora en la actuación una vez detectada la bradicardia, podemos afirmar que, por lo dicho anteriormente, es totalmente comprensible, y que, en todo caso, el tiempo hasta la extracción fetal se ajustó al recomendado en las actuales Guías (no superior a los 30 minutos). Finalmente, a su juicio, “dada la ausencia de patología materno-fetal aguda que pueda explicar una bradicardia tan repentina y brusca, y al existir un daño exclusivo del sistema nervioso central y no de otros órganos o sistemas, estos peritos piensan que en este caso existió un insulto (ataque) hipóxico prenatal responsable del daño neurológico que se manifestó solamente en el momento final del parto (cuando apareció la bradicardia)”.

Así pues, de tales informes se infiere que nos encontramos en presencia de un daño que no resulta antijurídico, pues, a su decir, los profesionales sanitarios que asistieron en los distintos momentos a la paciente lo hicieron actuando de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, y que no concurre el nexo causal, pues el daño tiene origen prenatal y no guarda una relación de causa-efecto con la bradicardia manifestada en la fase final del parto.

Frente al referido contenido de esta documentación, que se puso de manifiesto a la representación de los reclamantes en el trámite de audiencia conferido, ésta se limitó a indicar que de la información facilitada se desprende la completa responsabilidad del centro sanitario y de los profesionales, lo que fue inicialmente asumido al abrirse negociaciones que no prosperaron por la insuficiencia de la oferta económica de la compañía de seguros, reservándose el derecho de aportar en vía jurisdiccional informes periciales acreditativos de su pretensión.

Este Consejo ha señalado en anteriores dictámenes de naturaleza análoga que las imputaciones sobre negligencia o inadecuado funcionamiento de los servicios sanitarios deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como indudablemente lo pueden ser la emisión de dictámenes médicos, pues nos encontramos habitualmente en esta clase de

reclamaciones ante la necesidad de resolver cuestiones eminentemente técnicas, por lo que este Consejo debe apoyarse en las pruebas que se integren en el expediente que se nos remite con arreglo a las alegaciones formuladas tanto por los reclamantes como por la Administración y conforme a la lógica y reglas de la sana crítica.

La reclamación formulada carece de prueba que constituya soporte suficiente para apoyar las conclusiones que se pretenden alcanzar en la misma y, por el contrario, este Consejo tiene a la vista -como se ha reseñado- unos informes técnicos que rechazan las consideraciones y conclusiones alcanzadas por los reclamantes como soporte de sus pretensiones indemnizatorias. Por otra parte, la apertura de negociaciones para la terminación convencional del procedimiento no es, sin más, acreditativa de la existencia de la responsabilidad, pues viene encaminada a su determinación.

La jurisprudencia destaca que en estos casos es crucial la prueba practicada, pues, como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 20 de enero de 2010 (recurso de casación núm. 3595/2005), “a la Administración puede exigírsele una correcta práctica de la asistencia sanitaria dentro de lo humanamente posible, mas sin garantizar, en todo caso, un resultado positivo, de ahí que en este ámbito cobra especial importancia el análisis de dicha praxis que, en el presente caso y, en coincidencia con los informes antes recogidos, entendió la Sala de instancia que había sido correcta y que, por lo tanto, los daños no podía afirmarse que resultaran atribuibles a una anormal actuación de la Administración como la propia recurrente planteó en su demanda” cuando ya era imposible tal prueba por la dinámica del parto”.

En definitiva, nos encontramos ante una falta total de prueba, que no permite desvirtuar los informes y dictamen obrantes en el expediente; lo que impide imputar ningún daño o secuela a la actuación de los servicios de la Administración Sanitaria, que, según se afirma en tales informes, se ajustó a la *lex artis*, no concurriendo la relación de causalidad pues el daño tiene origen prenatal.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña..., en nombre y representación de doña..., don... y de la hija menor de edad de éstos, ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.