

Expediente: 34/2017

Objeto: Solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dictamen: 42/2017, de 11 de octubre

DICTAMEN

En Pamplona, a 11 de octubre de 2017

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria, doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña Socorro Sotés Ruiz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 27 de junio de 2017 tuvo entrada en este Consejo un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don... y doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 494E/2017, de 20 de junio, del Consejero de Salud.

Se acompaña a la consulta el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente

del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la citada Orden Foral 495E/2017, de 20 de junio, del Consejero de Salud, por la que se solicita dictamen preceptivo de este Consejo de Navarra.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Con fecha 15 de enero de 2016, doña... y don..., padres del menor... mediante su representación procesal y bajo dirección letrada, interponen reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, en relación con un “trastorno motriz cerebral secundario a encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, con retraso en desarrollo psicomotor” que le ha sido diagnosticado a su hijo menor,..., producido como consecuencia de las complicaciones surgidas en el parto. En su escrito se analiza lo sucedido entre las 20:38 horas del día 14 de mayo de 2014, en que acude doña... al...(..)por rotura espontánea de membranas amnióticas a las 15:45 y contracciones, y las 12,35 horas del día 15 de mayo en que nace el niño.

Tras los fundamentos de derecho que se consideran de aplicación, relativos a la competencia; tramitación; responsabilidad patrimonial de la administración; y daños y perjuicios, termina solicitando al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que indemnicen a doña... y don... en la cantidad de 600.000 euros más los intereses moratorios.

Iniciación del procedimiento

Mediante escrito de 19 de febrero de 2016, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea notifica a los reclamantes el número asignado a su reclamación, así como que no se le dará trámite a la misma hasta que no acrediten mediante cualquier medio que en derecho sea preciso, la representación con la que actúan la procuradora y la letrada que firman el escrito de reclamación. Por lo que, el 29 de febrero se aporta el poder general para pleitos requerido, así como el certificado literal de nacimiento del menor...

En el expediente consta el informe de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por los padres del menor..., de fecha 4 de marzo de 2016, asignándole el número de expediente 19381/2016; se nombra instructora del procedimiento, informando que ésta reclamación “puede implicar el acceso a los datos de su historia clínica que puedan estar relacionados con el objeto de la misma”, e igualmente del plazo máximo para resolver y de los efectos que produce su transcurso sin haberse dictado resolución expresa.

Por Resolución 21/2016 de 7 de marzo, se declara la admisión de la reclamación, resolviéndose lo mismo que en el informe de 4 de marzo y se traslada esta Resolución a la instructora del procedimiento y a la representación procesal de la reclamante.

Instrucción del procedimiento: Historia clínica

A solicitud de los reclamantes y de la instructora del procedimiento, constan en el expediente copia de la historia clínica de doña... y de su hijo don..., remitida por los distintos servicios del..., en los que han recibido tratamiento.

De la documentación médica aportada cabe señalar, al igual que lo hacen los informes médicos obrantes en el expediente, que los síntomas, patologías y actuaciones llevadas a cabo por los servicios sanitarios que relata la reclamación, son en términos generales coincidentes con las circunstancias que resultan de la documentación que integra la historia clínica de los pacientes.

De la amplia documentación clínica aportada cabe destacar, como relevantes a los efectos de tomar en consideración en este dictamen, los siguientes extremos:

1.- El día 15 de mayo de 2014, doña... fue atendida en el..., por parto, siendo ésta su primera gestación, habiendo sido remitida desde el Centro de Salud de...

Acudió a urgencias del Servicio de Ginecología del... a las 20:38 horas, siendo gestante de 41+4 semanas, por rotura espontánea de membranas amnióticas a las 15:45 y contracciones. La exploración por tacto vaginal, realizada por la matrona a las 20:45 horas, objetivó la salida de líquido amniótico claro, observando una dilatación cervical de 3 centímetros, con borrado del 80%, posición cervical intermedia, consistencia rígida y presentación cefálica en plano. Se comprobó la frecuencia cardiaca fetal (positiva) y que el cultivo vaginorectal para estreptococo beta-hemolítico del grupo B era negativo, así como ausencia de fiebre en ese momento (temperatura 37°C) y tensión arterial (137/84). A continuación se efectuó monitorización cardiotocográfica basal durante 45 minutos, siendo la interpretación del registro “tranquilizador (cumple criterios de bienestar fetal); frecuencia cardiaca basal de 140-150 latidos por minuto, presencia de aceleraciones transitorias, variabilidad normal (ritmo ondulatorio normal) y ausencia de deceleraciones; dinámica uterina espontánea con una contracción cada 3 minutos”.

Con estos datos se consideró por el personal médico, que se estaba ante trabajo de parto por lo que fue ingresada en la sala de partos para continuar con la asistencia al mismo.

A las 22 horas, según datos de la historia clínica, ya en la sala de partos, se le canalizó una vía venosa periférica para fluidoterapia previa a la administración de anestesia epidural, deseada por la paciente, y se monitorizaron de nuevo la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones, obteniendo nuevamente un registro satisfactorio y tranquilizador.

A las 23 horas, se le administró anestesia epidural sin incidencias e, inmediatamente después de la punción epidural, se volvieron a monitorizar la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina, con registro continuo. El registro mostraba un trazado sugestivo de bienestar fetal.

A la 1 de la madrugada del día 16 de mayo, “se realizó sondaje vesical evacuador (orina clara) y tacto vaginal (cérvix centrado, “grueso”, dilatado 3 cm, cefálica “insinuada” en pelvis), tensión arterial 130/70 (TA), y temperatura 36,5°C (T^a), registrándose en el papel impreso del monitor a la

1:10 horas una T^a de 37,2°C. El registro cardiotocográfico continuaba cumpliendo criterios de bienestar fetal; las contracciones uterinas parecían de menor intensidad y más irregulares y por ese motivo a las 2 de la madrugada se inició estimulación de la dinámica uterina mediante administración de oxitocina en perfusión endovenosa con bomba de infusión según protocolo (esquema de dosis baja”).

A las 3:15 horas, “habiéndose registrado deceleraciones variables típicas en los últimos 40 minutos y deceleraciones variables atípicas en los últimos 5 minutos, en ausencia de hiperdinamia (o exceso de contracciones uterinas), se indicó estudio de pH en sangre de calota fetal con resultado de 7,21 (preacidótico), con exceso de bases -3,5 mmol/L y lactatos de 3,1mmol/L (valores normales) por lo que, atendiendo a las recomendaciones en la asistencia al parto según guía de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología), se procedió a suspender la perfusión de oxitocina y a la administración de “Prepar endovenoso” en perfusión (inhibidor de la dinámica uterina), con monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal hasta la realización de un control de pH a los 30 minutos, dado que en ese período el registro no presentó anomalías adicionales sino desaparición de las deceleraciones. El pH de control resultó normal (7,28), con exceso de bases de - 0,4 mmol/L y lactatos de 2,4 mmol/L (resultado normal). En ese momento (4:00 h AM) la dilatación había progresado (4-5 cm) y el cérvix era blando y fino (progresión adecuada), con presentación cefálica en I plano. TA 126/74 y T^a 37,7°C”.

Se reinició a continuación la perfusión de oxitocina endovenosa tras suspender la del fármaco “Prepar”, habiendo obtenido un registro cardiotocográfico satisfactorio durante los 15 minutos siguientes a la suspensión de “Prepar”, manteniéndose la monitorización fetal continua. El registro mostró un trazado tranquilizador, con frecuencia basal en rango de normalidad, variabilidad normal, presencia de aceleraciones transitorias y, sólo de forma ocasional, alguna deceleración variable típica. Se realizaron controles seriados de TA y T^a, reflejándose que, a las 4:30 y a las 6:30 horas, las temperaturas registradas seguían siendo de 37,7°C. A las 6:30 horas se le administró bolo de levobupivacaína por el catéter epidural según protocolo del Servicio de Anestesiología, por referir dolor. A las 7 horas se le

realizó sondaje vesical y tacto vaginal comprobándose que la dilatación había aumentado (6-7 centímetros), siendo el patrón de registro reactivo, con alguna deceleración variable típica ocasionalmente (en menos de un tercio de las contracciones).

A las 7:20 horas, se registró fiebre de 38°C, por lo que se inició la administración de antibioterapia endovenosa y antitérmicos. La vigilancia materna y fetal prosiguió de forma continua y a las 7:30 hora quedó reflejado en la historia del registro cardiotocográfico, que continuaba sin cambios.

A las 8:15 horas, en el tacto vaginal que se le hace hay una dilatación de 7-8 centímetros, cuello fino, cefálica en I plano, por lo que se colocó electrodo interno de control de la frecuencia cardiaca fetal y se le realizó de nuevo sondaje vesical, siendo a las 8:45 horas la temperatura materna de 37,3°C.

A las 9:15 horas, se describió “un registro cardiotocográfico con patrón reactivo, presencia de deceleraciones variables típicas y alguna atípica, con variabilidad conservada, y se indicó nuevamente pH de control, con resultado de 7,25, exceso de bases de - 2,6 mmol/L y lactatos de 2,9 mmol/L; la dilatación cervical era entonces de 8-9 cm, con presentación occipitoilíaca izquierda transversa-anterior, fija en I plano”.

Se siguió con monitorización continua y, a las 11 horas, se indicó otra vez prueba de pH por reaparición de deceleraciones variables profundas. La exploración evidenciaba dilatación completa, entrando por ello en periodo expulsivo del parto con presentación “occipitoilíaca izquierda anterior en II plano (progresión adecuada del parto) y el pH resultó de 7,29, con exceso de bases de - 4,5 mmol/L y lactatos de 2,3 mmol/L”. Se realizó otra vez sondaje vesical evacuador y control de temperatura, siendo ésta de 37,3°C.

El registro posterior mostró una reactividad normal y un patrón no sospechoso hasta que, a las 12:10 horas, se produjeron dos deceleraciones variables atípicas indicándose a las 12:15 horas, otro control de pH en paritorio para verificar nuevamente el estado fetal. En el paritorio se constató branquicardia fetal grave (50-70 latidos por minuto) con pérdida de variabilidad, intentándose obtener muestra de sangre para pH sin éxito,

mediante punción de la piel de la calota fetal, por lo que al persistir la brandicardia durante 6-7 minutos se indicó extracción fetal urgente por alto riesgo de hipoxia fetal a las 12:20 horas. En ese momento la presentación era occipitoilíaca izquierda anterior en II plano y, al no descender rápidamente y encajarse en pelvis con dos pujos, se consideró contraindicado un parto vaginal instrumental, optándose por una cesárea urgente.

Se realizó extracción fetal sin dificultad mediante cesárea encefálica, a las 12:35 horas, dando a luz doña... a un recién nacido gravemente deprimido. No se objetivó patología funicular ni placentaria. El recién nacido fue atendido de inmediato por el Servicio de Neonatología practicándole reanimación mediante aspiración de las secreciones, oxígeno, ventilación con mascarilla, intubación endotraqueal.

Otros datos a tener en cuenta son: "pH de arteria de cordón: <6,80, exceso de bases 'incalculable', lactatos 11,7 mmol/L (acidosis grave). pH de vena de cordón: 7,26, exceso de bases -6,9 mmol/L, lactatos 3,6 mmol/L (parámetros normales)".

El estudio de hemoglobina fetal en sangre materna efectuado para descartar hemorragia fetomaterna como causa de la depresión aguda, dio un resultado de normalidad. El estudio anatomopatológico de la placenta, no revelaba alteraciones que justificaran el resultado neonatal.

El informe histopatológico de la placenta dio el siguiente resultado: "Placenta del tercer trimestre de gestación (390 gramos), con peso inferior para la edad gestacional (por debajo del percentil 10); cambios inespecíficos (depósito de fibrina intervellositaria, infarto marginal 1,5 x 0,5 x 1cm). Cordón umbilical trivascular sin alteraciones. Intensa corioamnionitis aguda".

El recién nacido era de sexo masculino, con un peso de 3.550 gramos (adecuado a edad gestacional).

Y estos fueron los resultados de las primeras pruebas que se le efectuaron:

- "APGAR 1 MINUTO: Latido: 1, Respiración: 0. Tono: 0. Reflejos: 0,

Color: 0. Total: 1.

- APGAR 5 MINUTOS: Latido: 2. Respiración: 0. Tono: 0. Reflejos: 0. Color: 2. Total: 4.

- APGAR 10 MINUTOS: Latido: 2. Respiración: 0. Tono: 0 Reflejos: 0. Color: 2, Total: 4.

- Estado post-reanimación: deprimido”.

Todo ello motivó el ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología.

2.- La evolución puerperal de la madre fue adecuada, con involución uterina normal. Pico febril al cuarto día, recibiendo tratamiento con antibiótico postoperatorio, con urocultivo positivo a “serratia marcescens”, con evolución favorable y apirética, por lo que fue dada de alta hospitalaria el día 26 de mayo de 2014.

3.- El embarazo y el puerperio fueron normales según se desprende de la historia clínica de la señora... La gestante fue atendida en todo momento por el personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. No obstante, se debe destacar que en la primera visita tras conocerse el embarazo, se detectó sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) de 28 y al final del embarazo había engordado 24,6 kilos por lo que el IMC era de 36,8 kilos, lo que se considera obesidad grave, alcanzando un peso de 104 kilos para una talla de 168 centímetros.

4.- El informe de 24 de mayo de 2014, del Servicio de Neonatología, señala la realización de diversas pruebas medicas al recién nacido, habiendo estado ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCIN) emitiendo juicio clínico consistente en depresión neonatal grave, encefalopatía hipóxico-isquémica leve. Se les cita para que acudan al Servicio de Neuropediatría y a la consulta de Otoemisiones, el día 25 de junio y se les da consulta en el Servicio de Rehabilitación el día 11 de junio.

El menor ha estado constante y periódicamente siendo visto tanto por los servicios de neonatología y de rehabilitación.

Es valorado por primera vez en el Servicio de Rehabilitación el día 11 de junio de 2014, la siguiente visita y exploración física fue el día 22 de septiembre de 2014, presentando una alteración de la coordinación central y un aumento del tono en cintura escapular y brazo, por lo que se inicia tratamiento de estimulación global 2 días por semana.

En marzo de 2015 es nuevamente valorado por este servicio remitiéndole al Centro de desarrollo infantil y atención temprana (CDIAT) dada la evolución del desarrollo del niño, para la valoración de dependencia y atención temprana. En la visita del día 15 de mayo de 2015, se sigue manteniendo el diagnóstico de la visita anterior, indicándose la continuación del tratamiento seguido de estimulación global 2 días a la semana.

En el informe de este Servicio de Rehabilitación de 9 de febrero de 2016, consta que en la consulta de 16 de diciembre de 2015, la madre refería que... presentaba una evolución lenta pero favorable, desplazándose por el suelo mediante propulsión de cabeza y nalgas, habiendo iniciado semivolteos en decúbito supino y que se mantenía unos segundos en sedestación con apoyo posterior, no tolerando asiento moldeado. Consta igualmente que desde septiembre 2015, acudía a la escuela infantil de... durante 4 horas así como que seguía recibiendo tratamiento de fisioterapia 2 días a la semana en el CDIAT de... y 1 día de psicomotricidad en CDIAT de..., así como que acudía a sesiones de estimulación global 2 días por semana en un centro privado en Pamplona. Se le realizan exploraciones complementarias el día de la visita en diciembre de 2015, con el diagnóstico principal de “retraso psicomotor, afectación motriz de tipo tetraparesia e hipotonía de tronco”, aconsejándoles no colocarlo de pie sin medidas ortopédicas preventivas para evitar “migración de cabeza femoral derecha”.

Es visto desde el principio con visitas frecuentes, realizándole las pruebas necesarias, en el Servicio de Neurología Pediátrica con el diagnóstico principal de “parálisis cerebral de tipo tetraparesía”. De igual manera se le ha atendido en el Servicio de Otorrinolaringología, en el Servicio de Neurofisiología, así como en el Servicio de Pediatría del... y en Atención Primaria de...

5.- El 12 de abril de 2016, la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas a través de la Subdirección de Valoración y Servicios califica a... con un grado de Discapacidad del 80% en virtud del siguiente dictamen técnico facultativo:

- Tetraparesia por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal.
- Retraso madurativo por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal.

6.- La última revisión de... en el Servicio de Neurología Pediátrica se realizó el 21 de julio de 2016, a los 26 meses de edad con el resultado de “Parálisis cerebral de tipo Tetraparesia. GMFCS IV-V (*)”

7.- El juzgado de lo contencioso-administrativo número 3 de Pamplona, mediante escrito de fecha 23 de marzo de 2017, de la letrada de la Administración de Justicia, requiere al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para que se remita “el expediente administrativo que motivó la resolución impugnada de la que se ha derivado la interposición por parte de los señores... y ... del recurso contencioso-administrativo, registrado como procedimiento ordinario número 80/2017-J, contra la desestimación por silencio administrativo negativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada frente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en fecha de 15 de enero de 2016, expediente 19381/2016, por los presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, como consecuencia de mala praxis médica durante el parto”.

8.- Mediante Resolución 619/2017, de 31 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acuerda remitir a juzgado de lo contencioso-administrativo número 3 de Pamplona, el expediente administrativo 19381/2016; emplazar a la compañía de seguros “...” para que pueda comparecer en el procedimiento judicial, en calidad de codemandada; y, finalmente trasladar esta resolución al juzgado de lo contencioso-administrativo número 3, al Servicio de Asesoría Jurídica del Departamento de Presidencia, Función Pública, Interior y Justicia y al Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y notificarla a la correduría de seguros...

Informes

A solicitud de la instructora del expediente, han emitido informe la facultativa especialista del Área del Servicio de Obstetricia y Ginecología junto con el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del...

El Informe de los especialistas incide en los momentos más importantes del parto, las actuaciones médicas que se siguieron y los valores obtenidos en cada una de las pruebas que se realizaron a la madre y al niño.

Se indica que en el escrito de los reclamantes, basado en su informe de 21 de mayo de 2015, se ha omitido la descripción de todos los tramos de normalidad del registro cardiotocográfico o de frecuencia cardiaca fetal a lo largo del parto e incluso el resultado del pH de control realizado a las 11 horas, cuando el registro volvió a ser sospechoso, pH que resultó rigurosamente normal. Añade información complementaria obtenida de los protocolos de actuación o guías de práctica asistencial recomendados por la SEGO, en cuanto a la monitorización fetal en el parto, que dice:

“Conducta ante una cardiotocografía sugerente de compromiso fetal: La cardiotocografía tiene una sensibilidad de > 95% para predecir la acidosis fetal, pero tiene una baja especificidad y por ello un alta tasa de falsos positivos.

Ante un patrón de FCF «no tranquilizador» la conducta inmediata incluye el inicio o mantenimiento de la monitorización electrónica continua y la identificación y tratamiento de causas reversibles.” (FCF es Frecuencia Cardiaca Fetal).

En presencia de un patrón de FCF ominoso debe finalizarse el parto.

En los casos de patrón no ominoso, pero compatible con RPBF, se debe recurrir a otros procedimientos que nos permitan asegurar el estado respiratorio fetal (RPBF es riesgo de pérdida de bienestar fetal, término que ha venido a sustituir desde hace bastantes años al conocido «sufrimiento fetal» por conducir este a interpretaciones erróneas, imprecisas y no científicas).

En la mayor parte de centros, la vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el estudio de la FCF, que es un método continuo, no invasivo y con un alto valor predictivo negativo. Cuando esta prueba resulta patológica, se descartan los falsos positivos (que llegan a alcanzar el 50-70%), mediante la determinación del pH en cuero cabelludo fetal,

que se considera el indicador más fiable y el parámetro que mejor sustenta la indicación de una finalización inmediata del parto debido a RPBF. Quiere decirse que cuando el registro cardiotocográfico resulta patológico, en un 50-70% de los casos no existe hipoxia fetal.

Esta manera de proceder diagnóstica prácticamente todas las complicaciones hipóxicas, pero conlleva una tasa de falsos positivos del 6%... Quiere decirse que, incluso cuando además del registro patológico se realiza un pH y su resultado es patológico y por tanto se interviene para extraer al feto, en un 6% de los casos no se confirma la acidosis y la hipoxia en el recién nacido”.

El informe continúa diciendo que en resumen “la vigilancia fetal en el parto se basa en el registro de la frecuencia cardíaca fetal. Si el patrón es tranquilizador no se considera necesario utilizar métodos de vigilancia adicionales. Si es sospechoso o no tranquilizador (deceleraciones variables típicas con más del 50% de las contracciones durante unos 90 minutos o bien deceleraciones variables atípicas) debe realizarse la toma de pH si es posible, para verificar si el feto está en una situación de acidosis, que traduciría un alto riesgo de hipoxia o falta de oxígeno. Si el registro es ominoso (ausencia total de variabilidad y reactividad y/o bradicardia prolongada), debe hacerse una extracción fetal urgente.”

La especialista dice en relación al resultado de pH de calota fetal que las recomendaciones establecidas por la SEGO y demás sociedades científicas son:

- “•si es acidótico (<7,20) debe realizarse extracción fetal urgente (finalizar el parto)
- si es preacidótico (7,20-7,24) debe realizarse un control en 30 minutos si persisten las anomalías en la FCF, o antes de 30 minutos si el trazado empeora
- si es normal ($\geq 7,25$) debe permitirse que evolucione el parto.”

La informante sigue diciendo que “en el transcurso del parto de la paciente que interpone esta reclamación, la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal fue continua. Cuando el registro resultó sospechoso se realizó el estudio de pH, como indicador más fiable del estado fetal, En la primera determinación, el resultado fue de 7,21 (preacidótico) y, siguiendo las recomendaciones de la SEGO, se siguió con la monitorización continua de

la frecuencia cardiaca fetal para vigilar que el registro no empeorara y se realizó un pH de control a los 30 minutos, durante los cuales además se administró una medicación que frenara las contracciones para disminuir el riesgo de estrés fetal. El pH de control fue rigurosamente normal, por lo que, de nuevo siguiendo las recomendaciones basadas en bibliografía científica, se permitió evolucionar el parto, que además progresaba de manera adecuada en cuanto a dilatación. La monitorización fetal siguió realizándose de forma continuada para extremar la vigilancia fetal y se obtuvieron otras muestras de pH, tal y como se indica en las guías de práctica asistencial, cada vez que reaparecían los signos de alarma en el registro cardiotocográfico, y sus resultados fueron de normalidad (no acidosis ni preacidosis).

En el momento en que el registro pasó de ser sospechoso a ominoso se realizó la extracción fetal urgente, teniendo en cuenta además qué vía de parto (vaginal instrumental o bien por cesárea) era la que permitiría un mejor resultado neonatal. Se optó por la cesárea porque a pesar de encontrarse la paciente en dilatación completa, el feto todavía no se había encajado en el canal del parto, dado que estaba recién iniciado el periodo expulsivo (1 hora y 10 minutos desde que se había alcanzado la dilatación completa). El tiempo transcurrido entre la situación de extrema urgencia y el nacimiento (15 minutos) se ajustó a las recomendaciones de las sociedades científicas, que lo estiman en 20-30 minutos.”

El informe contesta, a lo que a su modo de entender son imprecisiones y errores, que aparecen en el escrito de reclamación y señala que “en el escrito de la reclamación, apartado “segundo” de los “Hechos”, se cita “a pesar de las complicaciones del parto, madre e hijo fueron dados de alta, el 26 de mayo”, y en el informe emitido nuevamente por la doctora... de fecha 6 de Noviembre de 2015, se describe al recién nacido como: “sin malformaciones” haciendo las siguientes aclaraciones:

“1. El informe que yo emití y firmé es del 21 de mayo de 2015. No he emitido ningún informe posterior a esa fecha en relación a este caso salvo el presente.

2. Definición de malformación: “Definiciones perinatológicas: Guía práctica de asistencia actualizada en julio de 2010. ANOMALIAS

CONGÉNITAS' (...) Malformación: Es una anomalía morfológica o estructural de un órgano o de una región mayor o parte de un órgano, por un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal." (...) La depresión neonatal NO es por tanto una malformación. La encefalopatía hipóxico-isquémica (alteración del neurodesarrollo consecuencia de la falta de oxígeno), es un diagnóstico que se ha realizado en el seguimiento posterior al alta del recién nacido y de su madre y tampoco es una malformación.

3. Las complicaciones del parto están reflejadas de manera objetiva y precisa en el informe emitido. En él se deja constancia del evento de gravedad que justificaría el mal resultado perinatal (bradicardia grave) y del pH y demás parámetros del equilibrio ácido-base de arteria umbilical, obtenido del cordón umbilical al nacimiento, en el que sí se objetiva una acidosis grave, que puede relacionarse con la evolución postnatal del niño. El pH y estudio ácido-base de vena umbilical, cuyo resultado fue normal, tienen menor valor pronóstico que el de la arteria.

Asimismo se menciona en el informe médico de... que "se realizó estudio de hemoglobina fetal en sangre materna (para descartar hemorragia fetomaterna como causa de la depresión aguda) con resultado de normalidad y estudio anatomopatológico de la placenta, que no revelaba alteraciones que justificaran el resultado neonatal." Esto quiere decir que no se pudo objetivar la causa última que justificara la acidosis e hipoxia agudas (por ejemplo un nudo en el cordón umbilical, una circular de cordón, una hemorragia fetomaterna o un desprendimiento de placenta). La acidosis se produjo en el momento final del parto, como queda documentado en la historia clínica de la paciente y en el informe que ella posee, pero no durante todo el parto. La acidosis grave sí se asocia con la depresión neonatal y con la encefalopatía hipóxico isquémica y puede conducir a un retraso en el neurodesarrollo."

Se reitera que no ha existido una mala praxis médica sino que todos los protocolos seguidos y atenciones dispensadas durante el periodo de dilatación y parto han cumplido con las normas de la praxis ginecológica, incidiendo en el tiempo que puede durar un parto y las distintas etapas del mismo según la guía de práctica clínica de la SEGO.

La doctora añade que en el informe emitido con fecha de 21 de mayo de 2015, "se detalla la evolución de las distintas fases del parto, que como puede observarse, se ajusta a la normalidad en cuanto a duración para una gestante nulípara o primípara (que no ha tenido ningún parto con anterioridad). A las 22:00 horas del 15 de mayo la paciente se encontraba

en la fase latente del periodo de dilatación (3 cm), que como ha quedado expuesto, es lenta y de duración variable por definición. A las 4:00 horas del 16 de mayo es cuando se inició la fase activa de dilatación (4-5 cm de dilatación con el cuello borrado, “fino”), y duró hasta las 11:00 horas, en que se registra la dilatación completa, que es cuando comienza el periodo expulsivo. Como se ha explicado anteriormente, la fase activa de la dilatación también es de duración variable y el promedio en primíparas es de 8 horas. En el caso de... fueron 7 horas. En cuanto al periodo expulsivo, cuya duración, de una hora y 10 minutos, se ajustaba igualmente a la normalidad, fue necesario interrumpirlo de urgencia mediante cesárea por la aparición repentina de una alteración grave de la frecuencia cardiaca fetal (las alteraciones previas no habían sido graves, sino sospechosas)”.

El informe termina respondiendo a una afirmación que aparece en el escrito de reclamación, “en lugar de proceder a la práctica de una cesárea, se suspende la oxitocina, prolongando el parto”, aclarando que, “la suspensión de oxitocina y frenación de las contracciones de parto se indicó cuando el feto estaba en situación de pre-acidosis, obviamente no tenía como objetivo prolongar la duración del parto, sino disminuir el riesgo para el feto durante el tiempo que era necesario esperar (únicamente 30 minutos) hasta comprobar si evolucionaba a una situación de acidosis o bien de normalidad en el equilibrio ácido-base. El feto reaccionó hacia la normalidad por lo que se continuo el parto”.

Dictámenes médicos

1. Consta en el expediente, el dictamen médico emitido por la asesoría médica..., y en concreto por el doctor don..., licenciado en medicina y cirugía, especialista en obstetricia y ginecología, haciéndolo a solicitud de la compañía de seguros que en la actualidad cubre este tipo de responsabilidades sanitarias al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en relación con los reclamantes. El objeto de la pericia es la valoración de la asistencia prestada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en el... y los diversos servicios especializados, a doña... y su hijo... en relación al parto acaecido el día 14 de mayo de 2014, las atenciones médicas dispensadas con anterioridad, en el proceso del parto y posteriormente.

En el dictamen médico de fecha 21 de febrero de 2017, se realiza un examen de los antecedentes de la paciente, subrayándose el sobrepeso al inicio de la gestación, 79,4 kilogramos en una talla de 168 centímetros, con una ganancia ponderal durante el embarazo de 24,6 kilogramos, así como el hecho de ser fumadora de 3-4 cigarrillos día. Hace un resumen de la gestación considerando haber sido bien controlada, con ecografías en la semana 20, 27, 32, 39, 40 y 41, con exploraciones dentro de la normalidad. Relata con minuciosidad, los momentos más destacados del parto y del inicio del parto, con las pruebas realizadas y sus resultados, así como con las medicaciones y asistencia dada en cada momento a la gestante.

En cuanto al momento del parto propiamente dicho se considera que la extracción fetal ha sido sin dificultades, realizándose mediante cesárea encefálica, con líquido amniótico claro, naciendo un varón que impresiona gravemente deprimido, no objetivándose patología funicular ni placentaria. Se realiza atención neonatal inmediata por equipo de Neonatología, consistiendo en reanimación con aspiración de secreciones, oxígeno, ventilación con mascarilla, intubación endotraqueal con ventilación (a los 4 minutos y 30 segundos por falta de esfuerzo respiratorio), masaje cardíaco.

Las actuaciones efectuadas inmediatamente después del parto han sido:

“Análisis de la **sangre arterial** de cordón umbilical: pH < 6,8; exceso de bases: incalculable; lactatos 11,7 mmol; Acidosis grave.

Análisis de la **sangre venosa** de cordón umbilical: pH 7,26; exceso de bases - 6,9 mmol/l; lactatos 3,6 mmol; Parámetros normales.

Apgar minuto 1: Total 1 Latido 1, Respiración 0, Reflejos 0, Color 0.

Apgar minuto 5: Total 4 Latido 2, Respiración 0, Reflejos 0, Color 2.

Apgar minuto 10: Total 4 Latido 2, Respiración 0, Reflejos 0, Color 2.

Estado post-reanimación: bueno. El recién nacido ingresa en la Unidad de Neonatología.

Se realiza estudio de hemoglobina fetal en sangre materna (para descartar hemorragia feto-materna como causa de depresión aguda) con resultado de normalidad. También se analiza la placenta, cuyo estudio histopatológico objetiva: Placenta del tercer trimestre de gestación (390 gramos), con peso inferior para la edad gestacional (por debajo del percentil 10); cambios inespecíficos (depósito de fibrina

intervellositaria, infarto marginal 1,5 x 0,5 x 1 cm). Cordón umbilical trivascular sin alteraciones. Intensa corioamnionitis aguda.”

Este informe hace consideraciones médicas acerca de las bases de interpretación de la monitorización cardiofetal, su clasificación y conducta obstétrica según la SEGO; la cesárea urgente; el parto y sus definiciones y por último la incidencia de la obesidad en la gestación.

En cuanto a las fases del parto de acuerdo con la SEGO, distingue entre la primera etapa del parto que se compone de fase latente, que “comienza con el inicio del parto con borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 centímetros”, no siendo posible establecer la duración de la fase latente de la primera etapa del parto, la fase activa que se caracteriza por el aumento de la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones. Se recomienda adoptar la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre entre los 4 y 10 centímetros. La duración de la fase activa del parto es variable entre las mujeres y depende de la paridad. “En las primíparas el promedio de duración es de 8 horas. La duración de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración”.

El perito médico considera que en el caso de la señora..., el trabajo activo de parto se presenta al ingreso de la misma en la Sala de Partos, es decir, como consta en el informe de la doctora... después de las 20:45 horas que es cuando le realizan en Urgencias de Ginecología la correspondiente exploración y antes de las 22 horas, en las que consta que ya estaba en la sala de partos.

Se continúa diciendo, en cuanto a la conducta obstétrica en función de la monitorización bioquímica que, “se debe insistir que en la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio ácido-base, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global y personalizada de la paciente y de su situación clínica específica. En las situaciones en las que el estudio ácido-básico fetal no pueda ser realizado, las decisiones respecto al parto se tomaran 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 relación con el sobrepeso se indica que “la gestación asociada a obesidad tiene un incremento del riesgo de complicaciones médicas (diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, síndrome HELLP, apnea obstructiva del sueño, tromboembolismo...), malformaciones fetales, parto por cesárea, complicaciones quirúrgicas y anestésicas asociadas, menor posibilidad de parto vaginal tras cesárea en una gestación posterior...”.

Respecto al impacto de la obesidad en el parto señala que “existe una creciente evidencia respecto de la contractilidad uterina en gestantes obesas, de manera que comparada con las gestantes con normopeso, podría estar alterada o disminuida. Estas alteraciones podrían conducir a una respuesta miometrial inadecuada, desencadenando una fase de dilatación anormal e incrementando la tasa de cesáreas (...) los estudios de cohortes en nulíparas muestran que con el aumento del peso materno, la velocidad de dilatación cervical se enlentece”.

En relación con la cesárea en personas obesas, se dice en el informe que según la mayoría de los estudios realizados se muestran un incremento de la tasa de cesáreas.

Se inserta en el informe una Tabla acerca de los riesgos maternos y fetales en gestantes con IMC > 30 en comparación con las gestantes de peso normal, donde se reseñan entre otros riesgos “dilatación lenta (4-10 cm); cesárea y cesárea urgente; malformaciones congénitas; ingreso neonatal; mortalidad anteparto y mortalidad neonatal”.

En el estudio que hace de los registros de la monitorización cardiotocográfica, hace constar que no se les ha facilitado por parte del Servicio de Ginecología los registros correspondientes a los periodos comprendidos entre las 3:36 horas y las 4:07 horas; las 9:04 horas y las 9:29 horas; las 9:38 horas y las 10:40 horas; y las 10:57 horas y 11:16 horas.

Se alcanzan en el informe, las siguientes conclusiones:

“Conforme a la documentación disponible por este perito, la atención prestada a D^a... en relación a la asistencia realizada en el... en el mes de mayo de 2014, fue acorde a la lex artis ad hoc; debido a:

- Se realizó un control de gestación acorde a los protocolos de la SEGO.
- De forma correcta se diagnostica la rotura de membranas, se realiza registro cardiotocográfico fetal que está dentro de la normalidad y cumple criterios de registro TRANQUILIZADOR. Ya que el cérvix es favorable (BISHOP 7) y la paciente presenta trabajo activo de parto, se procede al ingreso de la paciente en la Sala de de Partos.
- Durante todo el parto se realizó una monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal y ante la aparición de patrones anómalos siguiendo las recomendaciones de la SEGO se realizó varias determinaciones del pH en cuero cabelludo fetal, que (SEGO) dice “se considera el indicador más fiable y el parámetro que mejor sustenta la indicación de una finalización inmediata del parto debido a RPBF (riesgo de pérdida de bienestar fetal). Esta manera de proceder diagnostica prácticamente todas las complicaciones hipóxicas, pero conlleva una tasa de falsos positivos del 6%, que sería la mínima tasa de cesáreas por RPBF que se podría hacer con esta vigilancia. Además, la medición del pH es una prueba invasiva, no continua y que requiere repetidas muestras a lo largo del parto.” La misma SEGO admite que la determinación de pH de la calota fetal puede requerir repetidas muestras a lo largo del parto, como ocurrió en este caso.
- Los patrones falsos positivos en el registro de la frecuencia cardíaca fetal pueden alcanzar el 50-70%. Quiere decir que aunque el registro parezca patológico en 50-70% de los casos no existirá situación de verdadera hipoxia.
- Tras una desaceleración prolongada y al inicio de la otra a las 12:15 h se decide obtener una muestra de la calota fetal, para valorar las reservas metabólicas del feto. Al no conseguir la muestra y viendo que el feto no se recupera de la bradicardia se indica la extracción fetal urgente. (SEGO) “Son signos cardiotocográficos que indican la necesidad de parto inmediato, la deceleración prolongada de <70 latidos/min durante más de 7 minutos.” La paciente está en dilatación completa, occipitoiliaca izquierda anterior en II plano, se intenta realizar 2 pujos por si fuera posible extracción por vía vaginal, pero no se objetiva descenso de la presentación hasta III o IV plano, entonces el parto instrumental está contraindicado y de forma correcta se indica la cesárea urgente.
- La SEGO recomienda realizar la cesárea urgente en el intervalo de 20-30 minutos desde que se indique.

- Siguiendo el protocolo de la SEGO la extracción fetal urgente debería indicarse desde el minuto 7º de bradicardia, que empezó a las 12:17h, entonces la decisión debería tomarse a las 12:24h y se dispondría de intervalo de 20-30 minutos para realizar la cesárea (hasta las 12:44 — 12:54h). Los profesionales son más prudentes e indican la extracción fetal antes, a las 12:20h y se consigue extracción fetal 15 minutos más tarde a las 12:35h.
- El tiempo que transcurrió entre el momento cuando se indicó la extracción urgente (12:20h) hasta el nacimiento 12:35h, fue de tan sólo 15 minutos, que se ajusta a las recomendaciones de las sociedades científicas para situaciones como esta.
- Incluso si se hubiera indicado la realización de la cesárea en el último minuto del tramo normal del registro (a las 12:12h) por causa no urgente (por ejemplo sospecha de desproporción pélvico-cefálica o deseo materno), la extracción realizada a las 12:35h (23 minutos más tarde) también se habría ajustado a la estimada, como adecuada en los protocolos asistenciales.
- El valor tan bajo del pH de la arteria fetal no se explica por el retraso en extracción fetal, ya que no lo había.
- Puede ser que la placenta tan pequeña (por debajo del percentil 10), en presencia de intensa corioamnionitis (diagnosticada durante el estudio anatomopatológico y que no dio ningún síntoma antes del parto) y durante la situación de estrés (bradicardia), no fuera capaz de garantizar el aporte de oxígeno suficiente, previsto en situaciones como esta.
- En un reciente estudio de E.M. Macdonald de 2014, se ha demostrado que los factores responsables del pequeño tamaño placentario son obesidad y hábito tabáquico. Los dos presentes durante la gestación del caso que nos ocupa.
- Llama la atención la excesiva ganancia ponderal durante el embarazo. Teniendo la talla de 168 cm y peso al inicio de la gestación 79,4 kg la paciente ya presentaba sobrepeso con IMC 28. El día de parto el peso es de 104 kg (!) con IMC 36,8 (obesidad grave), lo que significa una ganancia ponderal durante el embarazo de 24,6 kg (!). La gestación asociada a obesidad tiene un incremento del riesgo de complicaciones médicas, malformaciones fetales, parto por cesárea, complicaciones quirúrgicas. La otra causa indirecta es la infiltración grasa del miometrio que lleva a una disminución de la contractilidad uterina y a una pobre progresión del parto, amén de un riesgo tres veces mayor de hemorragia posparto severa. Un reciente meta-análisis señala que la mortalidad fetal inexplicada es un 50% más elevada en las pacientes con sobrepeso y dos veces más frecuente en las obesas.

- En la documentación analizada por este perito faltan tramos de registro que coinciden con la realización de pH de la calota fetal. En una parte del registro está apuntado a mano “SP-2 monitor en historia”. Quiere decir que la monitorización fue continua, pero fue realizada con otro aparato registrador. Probablemente para determinar el pH de la calota fetal se trasladaba a la paciente a otra habitación y mientras se obtenía la muestra, estaba conectada a otro monitor. Estas ausencias en la monitorización fetal no podían influir en el pronóstico fetal, ya que la prueba que con más fiabilidad confirma el bienestar fetal, es la determinación de pH en la calota fetal. Los valores bioquímicos de la sangre de la calota fetal confirman, sin ninguna duda, el bienestar fetal.”

Finalmente el perito médico, concluye diciendo que “a la vista de los hechos considero que la actuación médica ha sido correcta, ajustándose en todo el momento a los protocolos asistenciales vigentes para la atención del parto”.

2.- Dictamen pericial emitido por el doctor don..., médico especialista en obstetricia y ginecología, miembro numerario de la Sociedad española y andaluza de Ginecología y Obstericia (SEGO).

Se inicia el informe con la cronología del parto, teniendo en cuenta los antecedentes; ingreso para el parto; cesárea; características del recién nacido; el grado de discapacidad del hijo de los reclamantes y el estado actual.

En cuanto a los antecedentes de la madre subraya que, “el curso gestacional transcurre sin incidencias salvo un incremento de peso del inicial 79,4 (sobrepeso) a 104 kg (24 kg), lo que la convierte en una gestante obesa con un riesgo incrementado, por esa causa, de morbimortalidad materna, fetal y perinatal, de hipertensión, diabetes y cesárea”. Hace constar que las ecografías realizadas fueron 7 y todas ellas dentro de la normalidad.

Relativo al ingreso del parto, destaca que “el día 15-05-2014 a las 20:45 h acude al Servicio de Ginecología del... por contracciones y bolsa rota a las 15:45 h. Su edad gestacional es de 41+4 semanas, por tanto, embarazo en vías de prolongación. Exploración: Cérvix borrado al 80%, 3 cm de dilatación. Presentación cefálica en primer plano. Feto reactivo con

dinámica cada 2-3 minutos. Con el diagnóstico de parto activo pasó a la sala de dilatación.

A partir de este momento la cronología del trabajo de parto es la que sigue:

“15/05/2014:

- 22:00 h. Pasa de urgencias para finalizar gestación por bolsa rota + dinámica uterina.- 23:15. Analgesia epidural. Monitorización.

16/05/2014:

- 1:00 h. sonda vaginal, orina clara. TV: cuello centrado, grueso, 0,5 cm. 3 cm de dilatación, presentación cefálica insinuada.

- 2:00. Inicio estimulación oxitocina.

- 3:15. Deceleraciones variables atípicas. pH: 7,21. EB-3,5 Lactato 3,1 Stop oxitocina. Pre par.

- 4:00 pH: 7,28 Dilatación 4-5 cm, cuello blando, fino. I plano. T: 37,7 (comento con ginecólogo de guardia).

- 4:30. Pasamos a dilatación. Stop pre parto 15 mm y reinicio oxitocina 6 ml. T: 37,8°.

- 6: 00. Registro satisfactorio, tranquilizador.

- 6:30. Dolor. Bolo de analgésico. T: 37,9° TA: 140/85.

- 7:00. 6-7 cm dilatación. I plano justito. Posición occípito-posterior.

- 7:20. T: 38°. Perfalgan + Nuvapen + Gentamicina i.v.

- 7:30. Monitorización: Línea de base en 155 l/m con variabilidad mayor de 10 lat/m. Mantiene el tratamiento antibiótico. Aceleraciones con alguna deceleración esporádica que recupera. 4 contracciones x 10 min. Oxitocina 24 mu/h.

- 8:15. 7-8 cm dilatación. Cuello fino, cefálica I plano con caput succedaneum. Colocación de electrodo interno. pH: 7,25.

- 8:45. — 37,3°.

- 9:15. Patrón reactivo con deceleraciones variables típicas y alguna atípica. Variabilidad conservada. Indico Ph.

- 9:30. 8-9 cm de dilatación. I plano. Occípito transversa que rota a anterior en contracción. pH: 7,25.

- 11:00, Reparición de variables profundas. Dilatación completa. II plano. PH: 7,29. Sondaje.T: 37,3°.

- 12:00. Inicio oxitocina ¿? ‘A 12 ml/h.

- 12:10. Cierro oxitocina. CTG satisfactorio.
- 12:15. Se indica nuevo pH por 2 deceleraciones de 2-3 minutos de duración.
- 12:20. Bradicardia fetal mantenida durante 7 minutos sin poder obtener muestra para pH por sangrado. Dilatación completa occipito izquierda anterior en II plano que no desciende con pujos por lo que indico cesárea urgente por RPBF.”

Respecto del parto indica, que se realizó mediante cesárea urgente extrayéndose al recién nacido varón con un peso de 3.550 gramos a las 12:35 horas, altamente deprimido, siendo el estudio de hemoglobina fetal en sangre negativo, la placenta adelgazada sin alteraciones que justificaran el mal resultado perinatal y con fiebre intraparto.

En cuanto al recién nacido se dice que “nace en hipotonía generalizada con ausencia de actividad espontánea y pupilas arreactivas. Necesitó reanimación con masaje cardiaco y ventilación asistida e intubación orotraqueal. PH de cordón: arteria umbilical 6:80 y de vena 7:26. PCO2 elevada (>150) pO2 disminuidas (<5). Exceso de bases bicarbonato incalculable. Lactato 11,7 (elevado). Se coloca en incubadora conectado a ventilación mecánica y monitorizan constantes vitales. Se canaliza vena umbilical y extraen controles analíticos”.

Se analiza la situación del neonato durante los días posteriores al parto y su “evolución por aparatos” tratando tanto la evolución neurológica como respiratoria, hemodinámica/renal, metabólico/digestiva, infecciosa y hematológica, efectuándole otros estudios complementarios, con el juicio clínico al alta de “depresión neonatal grave y encefalopatía hipóxico-isquémica leve”.

Se habla del grado de discapacidad del 80% que se concede el día 12 de abril de 2016 por la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, a través de la Subdirección de Valoración y Servicios y ello por considerar que... presenta “tetraparesia por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal. Retraso madurativo por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal”.

En cuanto al estado actual, refiriéndose al informe del Servicio de Neurología pediátrica de 21 de julio de 2016, teniendo el niño 26 meses, se dice que “presenta un retraso del desarrollo psicomotor a lo largo del primer año de vida con hipotonía axial severa, control cefálico intermitente, no se voltea”. Desarrolla las pruebas que se le realizan consistentes en exploración física; radiografía y electroencefalograma. Reseña como en la resonancia magnética cerebral se observa, “afectación del putamen posterior, fundamentalmente y en menor medida de núcleos ventromediales del tálamo de forma bilateral y simétrica, probablemente en relación con proceso hipóxico previo”. El diagnóstico principal es de “parálisis cerebral de tipo tetraparesia. GMFCS IV-V”. El informe explica que GMFCS es la clasificación de la función motora grosera para niños con parálisis cerebral entre 2 y 4 años.

En las consideraciones médico legales, se señalan los diversos grados de intensidad y de acidosis fetal que la SEGO distingue en su protocolo de “monitorización fetal intraparto”, analizándose los diversos apartados que tuvieron relación directa con el trabajo de parto y su desenlace final, refiriendo que:

1. En el periodo de dilatación se indica de acuerdo con la documentación obrante en el expediente que la paciente ingresa a las 20:45 horas por contracciones y bolsa rota, teniendo cérvix borrado al 80% y 3 centímetros de dilatación, presentación cefálica en primer plano y con feto reactivo con dinámica cada 2-3 minutos, por lo que se le pasa a la sala de dilatación por considerarse parto activo.

De la lectura del partograma se dice que esta dilatación se mantiene igual hasta la 1 de la madrugada del día 16 de mayo, sin modificación de las condiciones del cérvix ni de la altura de la presentación y solo progresa la dilatación a 4-5 centímetros a las 4 horas. El SEGO sobre asistencia al parto y en referencia al periodo de dilatación define el retardo de dilatación “cuando progresa menos de 2 cm en 2-4 horas y la detección de la dilatación en la ausencia de progreso en 2 horas”. En estas circunstancias el protocolo aconseja administrar oxitocina, así como acompañarse de monitorización y evaluación del descenso y rotación de la cabeza fetal,

cambios en la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones espontáneas, posición y altura de la presentación, estado emocional de la mujer y estado fetal. Indicando que si el progreso de la dilatación es mayor de 2 centímetros se debe proseguir con la exploración vaginal cada 2-4 horas y si el progreso es menor de 2 centímetros hay que considerar la cesárea.

En el caso de doña... se observa en el partograma que se le administra oxitocina a las 2 horas, y a las 4 horas no había progresado por encima del protocolo requerido, alcanzando solo 4-5 centímetros.

2. Estudio del Registro cardiotocográfico (RCTG). “A lo largo del parto no ocurrió evento alguno reconocido (rotura uterina, prolapso de cordón, desprendimiento de placenta, embolismo...) capaz de desencadenar una bradicardia súbita; sin embargo, existieron bradicardias en diversos momentos del parto que fueron “neutralizadas” por toma de Ph de cuero cabelludo fetal, a excepción precisamente de la última, que intentó realizarse a las 12:15 tras dos deceleraciones de 2-3 minutos de duración que se mantuvieron durante 7 minutos más. Pese a haber hecho anteriormente cuatro mediciones de Ph este no pudo completarse por dificultad técnica, algo que resultaría determinante para el desenlace final.

Estos periodos de registro cardiotocográfico a que nos referimos fueron los siguientes:

A) Las contracciones que al ingreso tenían una frecuencia de 3 por 10 minutos, aunque de escasa intensidad, desaparecen a partir de la analgesia epidural a las 23:15 hasta llegar a una adinamia completa que abarcará hasta las 4:00 h, a pesar de la estimulación progresiva con oxitocina desde 3 u. como dosis inicial a las 2:00 h, 6 u. a las 2:25 y 12 u a las 3:00 h.

De las 3:00 h en adelante del día 16 aparecen cuatro deceleraciones atípicas de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en forma de W sin que haya contracciones uterinas. En ese intervalo de tiempo la paciente se mareó, tiene 37,7° de temperatura y deciden determinar el Ph fetal para comprobar la existencia de acidosis y por tanto de hipoxia. El resultado es 7,21: acidosis leve o preacidosis, y lactato 3,1 (cifra normal)”.

Se hace un estudio de lo que indican las gráficas de monitorización de las 3 horas en delante de los monitores A, B, C y D que se utilizaron.

Se habla de lo que se consideran patrones de la frecuencia cardiaca fetal sugerentes de riesgo de pérdida de bienestar fetal, así como de las deceleraciones a tomar en consideración a la hora de provocar el parto, puesto que “son signos cardiotocográficos que indican la necesidad de parto inmediato”.

El informe considera que “el momento más complicado a lo largo del parto, se puede situar a partir de la 3 horas en el que desaparece lentamente la dinámica uterina, en cambio aparecen deceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal por encima de 25 latidos al minuto en forma W hasta las 3 y 15 minutos. Se le toma muestra para PH, con resultado de 7,21, este resultado, según la lectura de los gráficos, se obtiene a las 3 y 36 minutos tras un intervalo de varias deceleraciones atípicas”. Indica el informe que “pese al resultado límite en preacidosis, una vez se reanuda la monitorización las deceleraciones se siguen repitiendo y abarcarán hasta las 3:50 sin que existan contracciones”.

Hay que tener en cuenta que “concurrían a las 3:50 horas, monitorización sugerente de pérdida de bienestar fetal desde las 3 horas (50 minutos); PH límite en preacidosis; Dilatación estancada en 3 centímetros, la misma que a su ingreso a las 20:45 horas; cérvix sin borrar (blando); dinámica inexistente pese a la oxitocina; presentación por encima del estrecho superior de la pelvis, que no alcanzará Primer plano “justito” hasta las 4:00 horas y fiebre materna en ascenso”.

Entiende el perito medico que la actuación correcta hubiera sido indicar cesárea por “estancamiento en el periodo de dilatación; sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal tanto en el monitor como en el Ph con estado de preacidosis; no evolución de la presentación; fiebre materna y no respuesta a la oxitocina”. En su lugar la opción que se tomó fue “seguir adelante con el parto y ocurrió una estabilización del RCTG y nueva toma de Ph fetal con resultado de normalidad; 7,28 a las 4:07; sin embargo, esa recuperación no exime la existencia de una situación de hipoxia durante el

intervalo de tiempo transcurrido entre las 3:00 y las 3:50 que produjera daño cerebral. La administración nuevamente de oxitocina solo hizo empeorarla.

A partir de ese momento la fiebre materna persistirá: 37,7° a las 6:30, e incluso se incrementará: 38° a las 7:20. La dinámica es escasa y poco eficaz pese a haber aumentado la dosis de oxitocina a 24 mu/min.

Tras un PH a las 8:15, que está anotado en el partograma, no en el monitor, cuyo resultado es 7,25 (límite de preacidosis), habrá entre las 9:10 y las 9:50 una serie de deceleraciones variables atípicas con una marcada hipertonia uterina. Deceleraciones que reaparecerán a las 10:30 y las 10:50 con nueva toma de PH en valores normales. La normalización del RCTG contrasta en ese tiempo con la escasa dinámica uterina pese al aumento de la oxitocina por presumible agotamiento uterino. La dilatación completa y con ello comienzo del periodo expulsivo la alcanza a las 11:00”.

B) El segundo momento que hay que tomar en consideración ocurre “al final de la monitorización, ante el intento fallido de nueva toma de Ph demorando la indicación de cesárea. Es a partir de las 12 horas cuando se suceden deceleraciones en los latidos del feto, una súbita a 70 latidos, que se mantiene y en vez de indicar cesárea intentan una nueva toma de sangre fetal para Ph, no consiguiendo el objetivo perdiendo por ello 10 minutos en indicar finalmente la cesárea, además aguardaron dos pujos maternos para comprobar que no descendía de II plano. El resultado fue un recién nacido con acidosis extrema e hipotonía generalizada con necesidad de reanimación e intubación”.

Acerca de la fiebre materna, señala el informe médico que “la infección intrauterina con presencia de fiebre favorece la aparición de complicaciones maternas como la necesidad de parto instrumental, cesárea, atonía uterina, hemorragia, endometritis y sepsis, (...) pero sobre todo la presencia de fiebre intraparto está asociada con un riesgo incrementado de parálisis cerebral en recién nacidos a término (...). En el caso de... el estado de hipertermia mantenida por la parturienta durante el trabajo de parto obligaba a valorar el riesgo de morbilidad neurológica neonatal como un factor que

debió tenerse en cuenta para acortarlo, no para prolongarlo innecesariamente”.

Se hace constar que además de la interpretación del ácido base (pH) intraparto, había datos objetivos como bolsa rota mayor de 12 horas, bradicardias, fiebre, parto estancado, necesidad de oxitocina, tactos vaginales y manipulación para obtener repetidas muestras, que indicaban la ayuda al parto mediante cesárea, mucho tiempo antes de cuando finalmente se realizó.

Entra a analizar los criterios que se consideran necesarios para atribuir una secuela neurológica a un suceso intraparto de acuerdo con lo definido por la International Cerebral Palsy Task Force y la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetrician and Gynecologist, y asumidos por la Asociación Española de Pediatría (AIT) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que son los que se emplean.

Como criterios esenciales y suficientes para establecer la relación, debiendo encontrarse todos, se señala:

- “1. La evidencia de acidosis metabólica en sangre arterial de cordón umbilical obtenida tras el parto (ph <7.0 y déficit de bases ≥ 12 mmol/L). El Ph de cordón de la ARTERIA UMBILICAL que se obtiene a las 12:44:35 da un resultados de 6,80 (acidosis muy grave), con una presión de dióxido de carbono alta (pCO₂ >150), una presión de oxígeno baja (pO₂ <5), una cifra de lactato en 11,7 (elevada acidosis) y un Exceso de bases incalculable. Este resultado indica un estado metabólico compatible con hipoxia fetal severa.
2. Inicio precoz de una encefalopatía neonatal moderada o severa en un recién nacido de ≥ 34 semanas de gestación. Cumple este criterio.
3. Parálisis cerebral de tipo discinético o cuadriplejia espástica. Cumple este criterio.
4. Exclusión de otras causas identificables tales como: “prematuridad: el embarazo era a término; traumatismos: no constan; crecimiento intrauterino retardado: el peso era adecuado para edad gestacional; presentación podálica: era presentación cefálica; coagulopatías maternas o fetales: descartadas; procesos infecciosos: existió fiebre materna intraparto, pero no infección congénita bacteriana o virásica como la toxoplasmosis, listeriosis, o infección por citomegalovirus o

parvovirus con repercusión cerebral; alteraciones cromosómicas congénitas: no constan”.

Esto quiere decir que de los criterios denominados esenciales para establecer la relación entre asfixia perinatal y parálisis cerebral se dispone de los cuatro.

El informe pericial médico presentado por parte la parte reclamante concluye diciendo que:

- “1. El cumplimiento de los criterios considerado esenciales y no esenciales vinculan la parálisis cerebral del niño... con el parto.
2. Las circunstancias que se dieron, desglosadas en las consideraciones médico-legales de este dictamen, muestran una incorrecta praxis obstétrica, o infracción a la lex artis ad hoc, por parte de los asistentes al parto de...
3. Una indicación de cesárea a las 3:50 h donde concurrían: dilatación estancada, sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal tanto en el registro cardiotocográfico como en el Ph, no descenso de la presentación, fiebre materna y escasa o nula respuesta a la estimulación con oxitocina hubiese evitado las graves secuelas psicofísicas que el niño presenta.
4. Del mismo modo, debió adelantarse la indicación de cesárea con antelación a cuando se hizo al haber alcanzado a las 12 y 10 minutos una bradicardia súbita y mantenida por debajo de 80 lat/min sin dinámica uterina tras 15 horas de parto, 18 de bolsa rota, hora y media de periodo expulsivo, presentación no descendida, apertura y cierre de oxitocina sin criterio alguno. En su lugar se emplearon diez minutos en un quinto intento de nuevo PH. Esos diez minutos de antelación en haber indicado cesárea fueron necesarios para evitar el déficit neurológico que padece el recién nacido”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante escrito de 3 de marzo de 2017, la instructora dio trámite de audiencia a los interesados por un periodo de 10 días hábiles, para que pudieran formular nuevas alegaciones, aportar los documentos y justificaciones que estimasen pertinentes, dándoseles copia de todos los documentos médicos incorporados al procedimiento que son: historia clínica de doña... relacionada con los hechos objeto de la reclamación, remitida por el Gerente del...; historia clínica del niño... remitido por los distintos servicios

del...; informe de la facultativa especialista del Área del Servicio de Obstetricia y Ginecología del... firmado por el jefe de dicho servicio; y, por último, el dictamen médico realizado por... a instancias de la aseguradora de la Administración.

En virtud, del traslado conferido y de la documentación obrante en el expediente, la representación letrada de los reclamantes, formalizó en plazo el escrito de alegaciones, reiterando la mala praxis por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y la obligación por lo tanto de indemnizarles. Se manifiesta su profundo desacuerdo con el informe de..., y aportan el informe pericial médico del doctor..., haciendo un extracto de las consideraciones médico legales del mismo, para concluir diciendo que los facultativos encargados del parto no actuaron conforme a la diligencia exigida por la lex artis.

En cuanto a los daños y su cuantificación, se refieren al informe de 12 de abril de 2016, de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas a través de la Subdirección de Valoración y Servicios que califica los daños sufridos por el niño con un grado de discapacidad del 80% por considerar una tetraparesia y retraso madurativo por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal. Se menciona la situación del menor respecto del último informe de 21 de julio de 2016 y las características de la descripción de sus secuelas como consecuencia de un diagnóstico de “tetraparesia. GMFCS IV-V”. Se incide en que las gravísimas lesiones que presenta el niño son consecuencia directa a la mala praxis médica por parte de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Consideran de aplicación, dada la fecha en la que suceden los hechos, mayo de 2014, “el baremo establecido en el Decreto de 5 de marzo de 2014, BOB 15/3/2014 número 64, que establecía una valoración de 85 puntos para las secuelas de tetraparesia, como la que padece el menor, cuantificando en 3.220,04 euros cada punto en el caso de menores de 20 años ($3.220,04 \times 85 = 273.703$ euros), con un factor de corrección por daños morales complementarios de 95.862 a 383.450 euros”. A ello “deben añadirse los daños morales de sus progenitores, que atendiendo a la Jurisprudencia, en casos de nacimientos con niños con Síndrome de Down, se han valorado en

80.000 euros, teniendo en cuenta que éstos niños pueden gozar de mayor autonomía personal que...”

En cuanto a los gastos que han soportado los reclamantes y que seguirán siéndolo en el futuro al ser la dolencia que presenta el menor irreversible, además de los costes por desplazamientos a recibir diversos tratamientos desde..., lugar de residencia de la familia, a Pamplona hay que incluir la terapia que recibe dos días semanales, cuyo coste ha sido durante el año 2016 de 2.360 euros; la silla especial para transportarle (805,79 €); los gastos de fisioterapia en el año 2015 (108 €); la compra de aparatos para realizar en casa ejercicios de estimulación motora (100,65euros y 174,95 euros).

Se valora la atención necesaria de terceras personas en este caso su madre que hasta el nacimiento del menor trabajaba y ahora se dedica por entero a su hijo.

Por último, se indica la necesidad de habilitar la vivienda donde viven de varias plantas sin ascensor, para instalar un elevador o salvaescaleras o adecuar la planta baja de la vivienda; la adquisición de un vehículo adaptado para minusválidos para poder llevar la silla de ruedas de...; lucro cesante a favor de la madre que tuvo que solicitar baja por Incapacidad temporal, no habiendo podido reincorporarse a la vida laboral.

La cantidad final en la que se fija la indemnización por todos los conceptos referidos en el escrito de alegaciones es de 700.000 euros.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución precedida de un informe jurídico de fecha 6 de junio de 2017, de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el señor... y la señora... en su propio nombre y en el de su hijo, por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En su fundamentación se refiere a las conclusiones de los informes efectuados por los distintos servicios especializados del..., así como a las

conclusiones del informe pericial elaborado por la aseguradora del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, asesoría médica..., remitiéndose literalmente al mismo, considerándose que las actuaciones y atenciones llevadas a cabo por los especialistas del... durante el parto han sido correctas y ajustadas a la lex artis, por lo que no existiendo justificación objetiva que fundamente una responsabilidad de esta Administración sanitaria, propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta el 15 de enero de 2016.

Así mismo se indica que procede solicitar dictamen del Consejo de Navarra, de conformidad “con lo dispuesto en el apartado d) del artículo 82.1 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, en relación con el artículo 16.1.i) de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra, al no ser aplicable actualmente la vigente Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, del Consejo de Navarra, por razones temporales, procede la solicitud de dictamen preceptivo a este órgano consultivo, al ser el importe de la indemnización reclamada superior a 120.202,42 euros.

II. CONSIDERACIONES JURIDICAS

II.1ª. Carácter preceptivo del dictamen

La consulta que se nos efectúa versa sobre una reclamación formulada por don... y doña... en su propio nombre y en el de su hijo, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria, siendo responsable de los mismos el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dependiente de la Administración Foral de Navarra, solicitando una indemnización de 700.000euros.

Por tanto, el dictamen del Consejo de Navarra tiene carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1.i) de la Ley Foral del Consejo de Navarra, 8/1999 de 16 de marzo, precepto que resulta de aplicación por razones temporales en interpretación analógica con lo establecido en las disposiciones transitorias segunda de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) y la disposición transitoria tercera a) de la

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), aplicable en este caso y ante la falta de previsión específica sobre los procedimientos ya iniciados en la actual Ley Foral 8/2016, de 9 junio, sobre el Consejo de Navarra; dictamen que igualmente tiene la consideración de preceptivo al amparo de lo dispuesto en su artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1.g).

En consecuencia, de acuerdo con los preceptos citados, este Consejo emite dictamen al ser preceptivo dado que la consulta versa sobre una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 €.

II.2ª. Sobre competencia y tramitación del procedimiento

La Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), regula en sus artículos 80 y siguientes el procedimiento en materia de responsabilidad patrimonial. En el procedimiento general se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se declaren pertinentes, solicitud de otros informes necesarios, audiencia de los interesados, dictamen del Consejo de Navarra cuando sea preceptivo, propuesta de resolución y por último resolución definitiva por el órgano competente y su posterior notificación (artículo 82).

Por otro lado, la determinación del órgano competente para dictar la resolución se atribuye en el artículo 116 de la LFACFN, en los supuestos derivados de responsabilidad patrimonial al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación de este procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante y a su hijo, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos, así como el informe de la asesoría médica... en relación con los hechos objeto de la reclamación y el informe elaborado por el doctor don... a instancias de los reclamantes. Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de todo lo obrante en el expediente para presentación de

alegaciones y de la documentación que estimara necesaria para la defensa de sus intereses, todo ello previo a la propuesta de resolución.

En base a lo anterior, consideramos que, en términos generales, se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.3ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración por asistencia sanitaria: regulación y requisitos

Como se ha repetido por este Consejo de Navarra, en dictámenes anteriores, la responsabilidad patrimonial de la Administración es una institución de garantía de los ciudadanos prevista en el artículo 106.2 de la Constitución Española (CE), encontrando su regulación normativa en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la LRJ-PAC, siendo parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y que en la actualidad ha sido derogada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

El punto de partida lo constituye 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”.

El daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 139.2). 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 (artículo 141.1 de la LRJ-PAC). La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 de la LRJ-PAC). El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 142.5 de la LRJ-PAC).

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista la 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 causal (STS de 13 de julio de 2000, entre otras).

Por su parte, el artículo 77.1 de la LFACFN, dispone que, mediante el procedimiento establecido en la misma, la Administración de la Comunidad Foral de Navarra podrá reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que sufran en cualesquiera 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.

II.4ª. La relación de causalidad y antijuridicidad del daño: cumplimiento de la “lex artis” y la denominada pérdida de oportunidad

De acuerdo con lo señalado por este Consejo en dictámenes anteriores (siendo los más recientes, 1/2017 y 2/2017 de 11 de enero; 9/2017, 10/2017 de 27 de marzo, 14/2017 de 24 de abril), el sistema real 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 del principio de objetividad puede dar lugar a resultados no solo contrarios a un elemental principio de justicia, sino también a la función del instituto indemnizatorio, por ello reiterada jurisprudencia señala que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales a las que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso (SSTS de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008); y, por otro lado, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS de 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no es suficiente para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada,

sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el ámbito de la Administración sanitaria, en la medida en que no es posible garantizar en toda circunstancia la curación de los enfermos, se viene utilizando como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, a los efectos de determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, el criterio de la “lex artis”, pues la obligación del profesional sanitario se concreta en prestar la debida asistencia al paciente.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 23 de febrero de 2009 - citada en la de 18 de diciembre de 2009 - resume sintéticamente la doctrina en este ámbito señalando que "la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente.(...) Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la Ley 30/1992); nada más y nada menos”.

Continúa diciendo la sentencia que “esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis. Esta prueba puede ser, como acabamos de indicar, la de presunciones,

admitida actualmente en nuestro derecho por el artículo 386 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de modo que si, a partir de circunstancias especiales debidamente probadas y acreditadas, se obtiene, mediante un enlace preciso y directo conforme a las reglas del criterio humano, que el daño que sufre el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la *lex artis*”.

Por otra parte, la denominada “*lex artis*” se identifica con el “estado del saber”, considerando, en consecuencia, como daño antijurídico aquel que es consecuencia de una actuación sanitaria que no supera dicho parámetro de normalidad. Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, aplicable al presente expediente, “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”.

En el presente caso nos encontramos con una reclamación patrimonial en la que se alega negligencia médica durante el parto del menor..., al no practicarle a su madre en el momento preciso una cesárea, adelantando de esa manera el parto y evitando el sufrimiento fetal, y, por ello, no dando lugar a que naciera con las graves lesiones que presenta.

A) Acerca de la negligencia médica y “la pérdida de oportunidad”

La reclamación, como ya hemos dicho, tiene su origen en la existencia de una supuesta negligencia médica, derivada de las complicaciones habidas en el parto, su evolución y los medios utilizados por el personal sanitario que finalmente dieron lugar al nacimiento de un niño con graves lesiones neurológicas.

Es necesario analizar si la actuación de los servicios sanitarios que han actuado en todo el proceso del parto ha sido el adecuado o no, de

conformidad con la lex artis y por ello, debemos tomar en consideración el historial médico de la reclamante, así como los informes médicos de los especialistas y dictámenes periciales aportados por las partes, para evaluar las distintas técnicas utilizadas durante el parto, la interpretación de los valores obtenidos con ellas y los daños que presentaba el niño como consecuencia de su nacimiento. El menor nació con unas lesiones cerebrales compatibles con una hipoxia fetal que pudieran cuestionar el hecho de que durante el parto no se hubieran tomado o adoptado, las medidas sanitarias adecuadas para evitar su sufrimiento fetal.

Por la parte reclamante, con base en el informe pericial médico aportado, se considera que las graves lesiones neurológicas que presenta el menor..., lo fueron como consecuencia de una mala praxis médica por parte de los servicios sanitarios del... con motivo del parto de doña... Así, el doctor... atribuye la parálisis cerebral del niño a una incorrecta praxis obstétrica consistente en no haberle practicado una cesárea cuando a las 3:50 horas, concurrían en la madre una dilatación estancada, la sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal tanto en el registro cardiotocográfico como en el de pH, el no descenso de la presentación, la fiebre materna y la escasa o nula respuesta a la estimulación con oxitocina; y en todo, caso considera que la indicación de la cesárea debió haberse efectuado con antelación a cuando se hizo. También señala que “a partir de las 12 horas, se suceden deceleraciones en los latidos del feto, una súbita de 70 latidos, que se mantiene y en vez de indicar cesárea se intenta por los servicios sanitarios una toma de sangre fetal para analizar el pH, no consiguiendo el objetivo, perdiendo con ello 10 minutos hasta que se indicó finalmente una cesárea, intentando dos pujos maternos para comprobar que no descendía de II plano, siendo el resultado el que conocemos de un recién nacido con acidosis extrema e hipotonía generalizada con necesidad de reanimación e intubación”.

Hay que significar, por un lado, que nada se ha dicho en el informe pericial de... acerca del menor y de sus graves lesiones tras el parto, ni se ha negado que las graves lesiones que presenta tuvieran como causa única, directa y relacionada, la derivada de una situación de hipoxia durante el parto. Y, por otro lado, resulta importante señalar, la ausencia de informe

pericial complementario por parte de esta asesoría médica, en relación con el informe pericial médico que se ha aportado por los reclamantes en fase de alegaciones.

Lo cierto es, que desde que ingresa la reclamante en el... la atención dispensada a la madre ha sido constante y se han seguido los protocolos indicados por la SEGO, como consta en los informes periciales aportados y en el informe médico del Servicio de Ginecología.

No obstante, surgen dudas acerca de la evolución del parto y de las decisiones adoptadas por los sanitarios que actuaron. Por un lado, hay ausencia de los registros cardiotocográficos, tal como consta en el informe de... así como en el del doctor..., correspondientes a los periodos comprendidos entre las 3:36 horas y las 4:07 horas; las 9:04 horas y las 9:29 horas; las 9:38 horas y las 10:40 horas; y las 10:57 horas y 11:16 horas. Por otro lado, parece que no se han tenido en cuenta, la valoración global y personalizada de la paciente y de su situación clínica específica, el impacto de su obesidad en el desarrollo de las fases del parto y en especial en el periodo de dilatación, y, el hecho de ser primípara y de llevar en trabajo de parto un largo periodo.

Todo ello nos obliga a preguntarnos si, como dice el informe de parte, se hubiera actuado con anterioridad a cuando se hizo, mediante la práctica de una cesárea, el menor... no hubiera sufrido los graves daños cerebrales que tuvo al nacer.

Dado que nos movemos en el ámbito de las probabilidades, con dudas razonables frente a lo que debiera o no haberse hecho por los profesionales sanitarios, resulta de aplicación la doctrina consecuente con la “pérdida de oportunidad” y por ello hemos de referirnos a la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012, que nos indica:

“La privación de expectativas constituye un daño antijurídico, puesto que aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina, los ciudadanos deben contar con la garantía de que van a ser tratados con diligencia aplicando los medios e instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias.

La pérdida de oportunidad exige tomar en consideración dos elementos: el grado de probabilidad de que la actuación médica omitida hubiera podido producir un resultado beneficioso y el alcance o entidad del mismo. La STS de 3 de julio de 2012, recurso 6787/2010, precisa que:

"Dentro de este motivo también la parte recurrente considera que se ha producido una pérdida de oportunidad, por escasa que fuera, de éxito, total o parcial, de la cirugía de rescate. Pues bien, hemos dicho, por todas la reciente sentencia de veintidós de mayo de dos mil doce: OCTAVO.- En la reciente sentencia de fecha 19 de octubre de 2011, dictada en el recurso de casación núm. 5893/2006, hemos afirmado que la llamada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo."

Para la aplicación de la doctrina de la "pérdida de oportunidad" y sus consecuencias indemnizatorias, se exige acreditar cuáles han sido las oportunidades perdidas en relación al grado de probabilidad del beneficio de la técnica omitida.

Sin que pueda determinarse el momento en que se inició la hipoxia o falta de oxígeno en el feto, lo que sí conocemos es que la acidosis con la que nació el niño fue muy grave (pH 6,80), lo que hace suponer que llevaba un periodo de tiempo, sin determinar, sin oxígeno o en situación de asfixia, como lo determinan los informes médicos. Ello sugiere que es probable que una respuesta quirúrgica más rápida, como hubiera sido la práctica de la cesárea con anterioridad a cuando se hizo, pudiera haber evitado o reducido las posibles secuelas neurológicas. En cualquier caso, no hay elementos de juicio suficientes para poder asegurar con certeza que las secuelas no se hubieran producido, o que de haberse producido, hubieran sido menores en el caso de esta hipotética actuación más temprana, por lo que nos movemos en el ámbito de una razonable probabilidad, a nuestro modo de entender suficiente para la aplicación de la doctrina de indemnización por pérdida de oportunidad.

Por último citamos la sentencia del TS (Sala de lo Contencioso-

Administrativo, Sección 4ª) Sentencia de 26 septiembre 2014, que dice:

“La estimación en parte del recurso contencioso administrativo, se funda en que, a tenor de los informes médicos de la Inspección Médica y del informe aportado por la demandada en la instancia, y hechas la oportunas aclaraciones en sede judicial respecto de este último informe, no se pudo acreditar, a juicio de la Sala de instancia, la infracción de la *lex artis* ni, por tanto, la concurrencia de los requisitos exigibles para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración. Ahora bien, considera la Sala, no obstante, que dada la excesiva duración del expulsivo, como incluso se apunta en los citados informes, pudo haberse tomado otra decisión cual era la realización de una cesárea para evitar, en lo posible, lesiones en el feto con privación de la oportunidad de obtener un resultado distinto y más favorable, resultando aplicable la doctrina de la "pérdida de oportunidad" que, como es sabido, no requiere ni la infracción de la *lex artis* ni la (sic) evitación total y absoluta del resultado lesivo sino, tan sólo, la probabilidad de obtener un mejor resultado que, en este caso, no puede olvidarse a la vista del conjunto de circunstancias concurrentes y, especialmente, de la duración excesiva del expulsivo. (...)

La determinación de la cuantía de una indemnización por la pérdida de oportunidad se cifra, como indica la sentencia, en "la probabilidad de haber obtenido un mejor resultado (...) especialmente de la duración excesiva del expulsivo". De manera que la sentencia adapta la indemnización a la naturaleza de la razón por la que concede la indemnización --la pérdida de oportunidad--, y no a indemnizar la totalidad de los daños ocasionados porque, previamente, en los fundamentos anteriores al cuarto, ha descartado la responsabilidad patrimonial sanitaria por falta de infracción de la "*lex artis*".

B) Acerca de las indemnizaciones solicitadas por los reclamantes y las que les corresponden

La consecuencia de la declaración de responsabilidad patrimonial por "pérdida de oportunidad" determina una indemnización, no tanto por los daños y secuelas sufridos, sino por la privación de expectativas de evitarlas, lo que en cualquier caso viene a determinar una indemnización menor.

Al efecto citamos la Sentencia del TS de 26 de septiembre de 2014, en recurso de casación 3637/2012 que dice:

“...respecto de las razones por las que se determina la cuantía de la indemnización, que no se refiere a una declaración de responsabilidad

patrimonial, pues expresamente excluye dicha responsabilidad, sino a la "pérdida de oportunidad" apreciada por la sentencia. Así es, la sentencia, tras valorar los diversos informes médicos obrantes en las actuaciones de instancia y en el expediente, considera que " en consecuencia, no se puede apreciar la concurrencia de todos y cada uno de los requisitos exigibles para fundamentar la estimación de la pretensión indemnizatoria al no poder tenerse por probada la infracción de la lex artis ad hoc al haberse realizado todas la pruebas diagnósticas requeridas y no poderse constatar un diagnóstico erróneo ni la omisión de comprobaciones o exámenes exigibles". Seguidamente, en el fundamento cuarto, al que se refiere la parte recurrente, señala que no obstante dicha falta de responsabilidad patrimonial, se aprecia la " pérdida de oportunidad " que en este caso viene representada por la demora en realizarse la cesárea ante la larga duración de la expulsión, lo que no supone una lesión de la "lex artis" porque se ignora si se hubiera evitado con dicha medida el resultado producido, tan solo se trata de evaluar, en un cálculo de probabilidades, si quizás hubiera habido alguna posibilidad de haber alcanzado un resultado mejor para el paciente. De modo que la construcción del motivo parte de un presupuesto inadecuado porque no estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial que indemnice en función del daño producido.”

Así pues, la suma de la indemnización debe atemperarse en función de “dos elementos de difícil concreción como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance este mismo” (sentencia TS de 22 de mayo de 2012, recurso de casación, 2755/2010). Consideramos que la indicada reducción debe proyectarse sobre la cantidad determinada por la naturaleza de las lesiones y las secuelas.

En este caso debemos tener en cuenta los informes médicos obrantes en el expediente, relativos al menor y a su situación actual, lo que ha dado lugar a que la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas a través de la Subdirección de Valoración y Servicios hubiera calificado a... con un grado de Discapacidad del 80%; las terapias que se le realizan diariamente; la dedicación exclusiva de la madre; los gastos derivados de desplazamientos para terapias rehabilitadoras; la compra de una silla de ruedas, y, otra serie de gastos vitalicios que deberán soportarse para el bienestar del menor discapacitado.

Abundando en la naturaleza y gravedad de las lesiones que presenta el hijo de los reclamante y consultada la literatura médica al respecto del diagnóstico del menor, consistente en “Tetraparesia por encefalopatía de etiología sufrimiento fetal perinatal con retraso madurativo, hipotonía axial severa. Parálisis cerebral de tipo Tetraparesia GMFCS IV-V”, se indica que el nivel IV de GMFCS, supone que el niño puede caminar distancias cortas con ayuda de un andador o tienden a usar más una silla de motor para moverse en casa, en la escuela o en su medio ambiente. Y el nivel V de GMFCS resulta la severidad del daño físico que restringe el control voluntario del movimiento y de la capacidad para una postura antigravitatoria de la cabeza y el tronco, estando todas las aéreas de función motora limitadas. El niño no tiene posibilidad de movilidad independiente y debe ser transportado. Además de tener otros problemas físicos añadidos de otorrino, visión y audición.

Para fijar el importe de la indemnización se ha tomado como base entre otras, la sentencia del TS número 1177/2016 de 25 de mayo, dictada en un supuesto similar al que nos ocupa, en la que se concede el importe de 200.000 euros a favor del menor.

Teniendo en cuenta todo lo manifestado, consideramos que la indemnización que procede por la “pérdida de oportunidad” se ha de cifrar en 200.000 euros, y que aunque se trate de un tanto alzado, se fija así en atención al grado de discapacidad reconocido, el importe reclamado y el indeterminado grado de probabilidad de éxito de la técnica omitida. Cantidad que procede a favor del hijo de los reclamantes, y que deberá ser administrada conforme a las normas civiles sobre la administración de los bienes de los menores incapacitados.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por don... y doña..., en su propio nombre y en el de su hijo, por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe estimarse parcialmente, reconociendo a favor del menor una indemnización por importe de 200.000 euros.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.