

Dictamen n^o: **435/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.10.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 de octubre de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por R.F.H. y M.A.M.M. sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, por el fallecimiento de su hijo, D.M.F. que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria dispensada, a su juicio, por parte del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito dirigido al Servicio Madrileño de Salud, registrado el 3 de octubre de 2012 se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración por la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Fuenlabrada al hijo de los reclamantes, al considerar que no se efectuó un adecuado seguimiento del parto, al no detectarse una bradicardia ni adoptarse ninguna medida que advirtiera de un probable sufrimiento fetal que *“se tradujo en unas lesiones cerebrales irreversibles que le llevaron al fallecimiento 21 días después del parto”*.

Reprochan a la Administración:

1.- El excesivo periodo de trabajo de parto que debió haber sido interrumpido ante el estancamiento de la dilatación mediante la práctica de cesárea.

2.- Que a partir de la 1:37 horas los registros cardiotocográficos mostraban alteraciones, que fueron empeorando progresivamente y no se valoraron ni advirtieron adecuadamente.

3.- Ausencia de una toma del pH de calota fetal.

4.- La cesárea fue tardía.

Por estos mismos hechos se siguieron actuaciones penales en las que recayeron las Sentencias 31/12, de 23 de enero de 2012, del Juzgado de lo Penal nº 3 de Móstoles -que absolvió a las profesionales médicas acusadas (dos ginecólogas y una matrona) - y la 329/12, de 19 de julio de 2012, dictada en apelación por la Audiencia de Madrid, que confirmó la anterior.

Solicitan una indemnización de 102.170 €, de conformidad con el baremo establecido en la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 2012.

Acompañaba a la reclamación diversos informes médicos, incluidos los médico-forenses llevados a cabo en las actuaciones judiciales y documentación judicial. A efecto de notificaciones designa un despacho de abogados, bajo cuya dirección letrada actúan.

SEGUNDO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

1.º La reclamante, de 25 años de edad con hemiparesia derecha funcional por estrés psicológico en 1999, embarazada de 41 + 2 semanas y con gestación controlada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada por emesis gravídica, pirosis y portadora de Estreptococo del grupo B (SBG),

ingresa en el hospital a las 9:30 horas del 18 de enero de 2006 por rotura prematura de membranas (folio 345), una hora antes, según refiere la paciente. No presenta modificaciones cervicales de parto y el líquido amniótico es claro.

2.º Al ser portadora de SBG y no estar clínicamente de parto, se decide profilaxis antibiótica con penicilina intravenosa y a las 13:00 horas se procede a la maduración cervical con prostaglandinas. A las 20:00 horas se retira el dispositivo vaginal con prostaglandinas y a las 21:30 horas se comienza la inducción del parto con oxitocina. En los procesos de maduración cervical e inducción del parto están monitorizadas la frecuencia cardíaca fetal, la actividad uterina y las constantes de la madre. A la 1:30 horas del 19 de enero se realiza monitorización mixta con electrodo fetal interno; en ese momento presenta una dilatación de 3 cm. y el cérvix es de consistencia media y está borrado en un 60%. A las 4:30 horas se procede a la monitorización interna completa.

Durante la maduración presenta una frecuencia cardíaca fetal entre 130 y 140 lpm, con buena variabilidad a corto plazo y aceleraciones transitorias.

Tras el comienzo de la inducción con oxitocina empieza a tener dinámica uterina más regular (contracciones), manteniendo una frecuencia cardíaca fetal basal en rango similar, con buena variabilidad a corto plazo, aceleraciones transitorias y algunas desaceleraciones variables leves sin trascendencia patológica.

3.º A partir de las 3:30 horas del 19 de enero, el registro cardiotocográfico indica disminución de la frecuencia cardíaca fetal, que permanece alrededor de los 110 lpm y remonta en breves instantes, manteniendo una adecuada variabilidad a corto plazo, desaceleraciones variables leves y aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca.

Durante toda la estancia en la sala de dilatación no presenta fiebre ni alteraciones significativas de las constantes maternas.

4.º A las 6:05 horas se produce una bradicardia fetal severa, con frecuencia cardíaca fetal a 70-80 lpm, por lo que se avisa al ginecólogo de guardia; mientras, se adoptan medidas de reanimación fetal intraútero (retirada de la oxitocina y oxigenoterapia materna).

A las 6:10 horas se indica cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. La frecuencia cardíaca fetal no se recupera y la dilatación cervical es insuficiente para poder realizar el parto por vía vaginal.

5.º A las 6:32 horas se extrae un varón a término, de 4000 gr. de peso, hipotónico, con un test de APGAR 0/0/3, pH de cordón de 7,13 y exceso de bases de -10,3 mmol/l, en parada cardiorrespiratoria, impregnado de meconio. Nace en asistolia, se administra adrenalina intratraqueal en dos ocasiones y se inicia masaje cardíaco, consiguiendo latido a los 7 minutos con una tercera dosis de adrenalina intravenosa y un bolo de fisiológico en el paritorio.

6.º Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos, la tensión arterial es normal, pulsos vivos. Se canaliza vena umbilical a 12 cm. Se pauta suero y se inicia perfusión de dopamina. Presenta riesgo infeccioso al ser la madre portadora de SGB, por lo que se realiza profilaxis antibiótica completa.

En el niño llama la atención macrocefalia de 42 cm, con frente amplia y prominente, occipital también prominente y fontanela anterior muy amplia que se continúa con una sutura metódica abierta; raíz nasal plana, ojos hundidos, manos y pies grandes y toscos, con miembros que impresionan de algo acortados. Hepatomegalia 2 cm. No se puede evaluar neurológicamente por coexistencia del fenotipo con encefalopatía hipóxica perinatal.

7.º A las 3:30 horas del 8 de febrero de 2006, a los 21 días de vida, fallece con los diagnósticos de: encefalopatía hipóxico isquémica severa, status convulsivo; daño hipóxico multiorgánico: hepático, renal, cardíaco, pulmonar, necrosis grasa; trombopenia; coagulopatía; sospecha de infección no confirmada y fenotipo peculiar familiar en estudio. La autopsia determina como causa inmediata de la muerte la encefalopatía hipóxico-isquémica.

TERCERO.- Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración.

1.º En fase de instrucción se aporta al expediente la historia clínica de la reclamante y de su hijo, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Fuenlabrada y el informe del Servicio de Inspección Médica de 28 de mayo de 2013.

Del mismo modo, se han incorporado aquellos informes que se han estimado necesarios para resolver, obrando igualmente varios dictámenes periciales incorporados a la instrucción penal previa: uno emitido por un catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Alcalá de Henares y jefe de Servicio de Toco-Ginecología del Hospital de Guadalajara; otro emitido por un especialista en la misma materia y profesor jefe del Departamento y Servicio en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, fechado en noviembre de 2007; otro también por especialista en Ginecología y Obstetricia, jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital General de Segovia; y por último, el dictamen emitido por una especialista en Pediatría y Puericultura.

2.º El jefe del Servicio objeto de reproche, informa con fecha 9 de noviembre de 2012, entre otros extremos, que la atención obstétrica, en todo momento fue correcta:

“La maduración cervical inmediata y la inducción posterior con oxitocina, así como la profilaxis antibiótica, son los estándares cuando se presenta una rotura prematura de membranas en una gestación a término en paciente portadora de Streptococo Agalactiae.

Los tiempos desarrollados en la maduración cervical y la inducción con oxitocina y la conducción del parto son inferiores a los estándares máximos preestablecidos y, por tanto, se ajustan a la norma. Existiendo una adecuada progresión de la dilatación cervical durante ese periodo de tiempo.

No existen criterios para establecer una infección neonatal intraparto, ni en los datos obtenidos de la historia clínica del parto ni de los datos analíticos del neonato.

La monitorización fetal y materna continua nos muestra unos registros normales hasta las 6:05 horas del 19/1/2012.

(...)

Cuando se presenta la bradicardia fetal severa se actúa con diligencia tanto por la matrona (avisando a los ginecólogos de guardia e iniciando las maniobras de reanimación fetal intraútero), como por lo propios ginecólogos (...).

El neonato precisa de una reanimación intensiva, pero los datos analíticos no son indicativos de una hipoxia fetal intraparto significativa que se pueda relacionar con el deterioro neurológico, puesto que el pH de cordón umbilical es mayor de 7 y el exceso de bases menor de 12 mmol/l criterios esenciales para poder establecer dicha asociación (criterios de la SEGO) ”.

3.º La Inspección sanitaria, del análisis y estudio de la documentación que obra en el expediente, incluidos los informes periciales realizados por

especialistas a solicitud de los reclamantes y sobre los reproches realizados puntualiza:

“1.- La inducción del parto y la duración del mismo están de acuerdo con los protocolos de la SEGO. Haciéndose a la paciente profilaxis antibiótica, maduración cervical y todas las pautas.

2.- No había macrosomía en el feto que justificara la cesárea como primera opción (el RN pesó 4000 grs. y la cesárea es a partir de 4354 grs.).

3.- La paciente estuvo monitorizada mediante cardiotocografía desde su ingreso hasta la cesárea.

4.- No hubo motivos de alarma en la monitorización, pues hubo una bradicardia leve a las dos de la mañana que las ginecólogas valoraron tras ser avisadas por la matrona y no es hasta que a las 6 de la mañana se produce una bradicardia profunda y es en este momento en el que se actúa con rapidez extrayendo el feto antes de 20 minutos (el protocolo de la SEGO establece hasta 30 minutos de demora desde la indicación hasta que se extrae el feto).

5.- No podemos acreditar que la encefalopatía hipóxico isquémica fuera de causa obstétrica tal como reconoce el perito de parte la hipoxia puede ser producida en el embarazo o en el parto, el fenotipo de los padres parece que es peculiar según el informe de los pediatras.

6.- El pHORAS en el cordón del parto al ser de 7,13 (mayor de 7) indica que no hubo pérdida de bienestar fetal en el parto.

7.- En la evolución del parto no parecía indicada la realización de la toma de sangre en la calota del feto durante el parto, tanto por las dificultades que tiene la prueba como por lo inesperado de la

bradicardia (en ese momento era una situación urgente y se actuó con urgencia) ”.

Por todo ello, el inspector considera que no ha habido mala praxis en la actuación de los profesionales.

4.º Mediante escrito de 5 de mayo de 2014, se remite el expediente a los interesados y se comunica la apertura del trámite de audiencia, sin que conste la formulación de alegaciones.

5.º El 2 de septiembre de 2014 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 6/2014, de 17 de marzo) propone desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial realizada por los interesados, por entender que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital de Fuenlabrada fue conforme y respetuosa con las exigencias del principio de la *lex artis*.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 12 de septiembre de 2014, registrado de entrada el día 17 siguiente y que ha recibido el número de expediente 421/14, se realiza preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección I, presidida por el Excmo. Sr. D. Mariano Zabía Lasala, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 15 de octubre de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la reclamación superior a quince mil euros, y se efectúa por el consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesados, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Ostentan los reclamantes legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por ser la personas que directamente sufren el daño moral derivado del fallecimiento de su hijo.

Asimismo, resulta incontrovertida la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del servicio sanitario al que se vincula el daño.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psíquicos a las personas el plazo deberá computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC).

No obstante, la ley ha configurado el plazo como de prescripción, lo que supone que ciertas actuaciones pueden interrumpirlo y, en especial, el ejercicio de la acción penal.

En el presente caso consta en el expediente que se ejerció previamente la acción penal, poniéndose fin al proceso mediante la Sentencia 329/12, de 19 de julio de 2012, dictada en apelación por la Audiencia Provincial de Madrid. Habiéndose presentado la reclamación el 3 de octubre de 2012, puede afirmarse que se encuentra en plazo, a pesar de que no consta la fecha de notificación de aquella.

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por*

toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1.- 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.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que

podrían influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Por otra parte, no cabe olvidar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000- entre otras).

CUARTA.- En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante informe médico, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sostienen los reclamantes que debido a un mal control y seguimiento del parto el feto sufrió una encefalopatía hipóxico-isquémica severa que abocó al fatal desenlace.

Para una adecuada ponderación de esta alegación es necesario valorar si la asistencia sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, esto es, si se acomodó a una buena práctica médica, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008,

“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso”.

En el caso que nos ocupa obran en el expediente diversos informes periciales, algunos de los cuales se emitieron con ocasión del proceso penal seguido por estos mismos hechos. Atendiendo a la especialización de sus autores y en una valoración conjunta de los mismos, cabe efectuar las siguientes consideraciones.

De acuerdo con la mayoría de los informes (dos informes periciales de expertos en Ginecología y Obstetricia, el de la Inspección sanitaria y el del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología) los datos del análisis de la muestra de cordón umbilical extraída al nacimiento impiden aseverar que el daño cerebral es consecuencia de una pérdida de bienestar fetal sufrida durante el parto. Según se explica en los meritados informes, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) ha establecido cuatro criterios que deben concurrir para poder establecer esa relación, a saber: pH de la arteria umbilical inferior a 7 y déficit de exceso de bases igual o superior a 12 mmol/l; comienzo temprano de encefalopatía neonatal severa o moderada; parálisis cerebral con cuadraplejía espástica o discinética; y exclusión de otras etiologías como traumatismo, trastornos de la coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa el pH al nacimiento fue de 7,13, es decir, superior a 7 y el déficit de bases de 10,3 mmol/l, por tanto, inferior a 12, por lo que no se cumple uno de los criterios que permitan aseverar la conexión causal entre el daño padecido y el sufrimiento intraparto.

No obstante lo anterior, a la luz de los informes periciales anteriormente mencionados tampoco se habría vulnerado la *lex artis*, lo que impide apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En efecto, a la vista de la historia clínica la embarazada ingresó con rotura prematura de membranas, pero no se encontraba de parto, razón por la cual se instauró antibioterapia y se procedió a la maduración cervical con prostaglandinas durante 7 horas y la inducción al parto con oxitocina, lo que es valorado por los peritos especialistas en la materia, así como por la Inspección sanitaria y el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia como adecuado a los protocolos, tanto en lo que se refiere a la actitud terapéutica, como en lo relativo al tiempo de administración de los fármacos. De esta valoración discrepa la perito especialista en Pediatría, que considera que en la inducción al parto no se tuvo en cuenta el test de Bishop (que valora el grado de maduración cervical), sin embargo no indica qué otra medida se debió tomar, ni indica el efecto que tuvo la actitud terapéutica adoptada sobre el daño finalmente padecido, lo que, unido a la carencia de la especialización adecuada en la materia, ofrece dudas como prueba que permita forjar una convicción de la vulneración de las buenas prácticas médicas.

Por lo que respecta al reproche de que la cesárea fue tardía, la alegación se sustenta en el informe del perito judicial, especialista en Obstetricia y Ginecología, que sostiene que hubo un estancamiento de la dilatación después de 22 horas de trabajo de parto, un periodo excesivo que debió haberse interrumpido mediante la práctica de cesárea.

Ahora bien, dicha afirmación toma en consideración que el parto comenzó con la rotura prematura de membranas que se había producido en el domicilio de la paciente sobre las 8:30 horas del día 18 de enero, pero cuando la paciente ingresa una hora más tarde, no se encontraba de parto y no es hasta las 13 horas cuando se procede a la maduración cervical con prostaglandinas, lo que viene a desmentir que el trabajo de parto tuviera una duración de 22 horas que hiciera precisa una cesárea. Así lo confirma uno de los peritos especialistas en la materia que informó en el proceso penal y que señala que la duración del parto hasta su interrupción está dentro de los protocolos más exigentes.

Por el contrario, los restantes informes de los peritos especialistas permiten constatar que la cesárea se llevó a cabo tan pronto como se apreció la existencia de una bradicardia severa que ponía en peligro el bienestar fetal, lo que aconteció a las 6:05 horas del día 19, decidiéndose la práctica de cesárea urgente a las 6:10 horas, tan pronto como se valoraron las gráficas de la monitorización que evidenciaban la bradicardia severa, y la cesárea se realiza en 22 minutos, lo que, de acuerdo con los peritos informantes se ajustó a los protocolos que fijan el tiempo máximo en 30 minutos.

Estos peritos, así como el informe de la Inspección, confirman que con anterioridad a ese momento no estaba indicada la práctica de cesárea, porque si bien se produjo una bradicardia leve en torno a las 3:30 horas, estaba acompañada de una buena variabilidad y al no bajar el ritmo cardiaco por debajo de 100 lpm no presentaba sufrimiento fetal.

De esta consideración discrepan el perito judicial y la perito especialista en Pediatría, para quienes debía haberse realizado la cesárea con anterioridad por existir datos en el registro cardiotocográfico que revelaban la pérdida de bienestar fetal. Sin embargo, en ambos informes se aprecian contradicciones en cuanto al momento en que se produce la pérdida de

bienestar del feto. La perito pediatra en la conclusión 8 de su informe señala que hay una bradicardia severa con ostensible pérdida de bienestar fetal desde las 4:28 horas hasta las 5:20 horas, en tanto que en la anterior conclusión anticipa esa pérdida de bienestar a partir de la 1:50 horas, momento en el que considera que debió hacerse una prueba de determinación del pH de la calota fetal.

Por su parte, el perito judicial señala que con anterioridad a la 1:37 horas debió tomarse una muestra de sangre fetal por la larga inducción y estancamiento de la dilatación, y a partir de esa hora era imperativo hacerlo. Sin embargo, reconoce que en ese momento las desaceleraciones variables oscilaban entre 130 y 100 lpm, por lo que entra en contradicción con lo sostenido en las consideraciones generales de su informe al afirmar que la bradicardia entre 110-120 lpm no asociada a otras alteraciones requiere simple vigilancia. A su vez, el informe entra en contradicción con lo ratificado en el acto del juicio penal, en el que indica que a partir de las 21:40 horas empieza a haber alteraciones en la monitorización que no resultan ser normales y muestra su acuerdo en que una bradicardia con una buena variabilidad no suele ser indicativa de sufrimiento fetal incluso a frecuencias de 80 a 100 lpm.

En atención a lo expuesto, y una vez valorados los informes obrantes en el expediente, con arreglo a las reglas de la sana crítica, cabe concluir que la asistencia sanitaria recibida se realizó con adecuación a la *lex artis*, empleando los medios y dispensando los tratamientos acordes a la evolución del parto, y sin que haya quedado acreditado la existencia de nexo causal entre el daño padecido y la actuación médica dispensada, por lo que no cabe exigir responsabilidad a la Administración.

En mérito a lo que antecede el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por no quedar acreditada ni la relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ni la vulneración de la *lex artis*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 15 de octubre de 2014

