



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 4 de mayo de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 6 de abril de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxxxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija cccccccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 8 de abril de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 358/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Los hechos figuran descritos de forma sintética y precisa en el informe de los Dres. vvvvvv y zzzzzz en los siguientes términos:



“Estamos ante el caso de una paciente (Dña. xxxxxxxxxx) de 38 años de edad, sin antecedentes personales de interés, con un embarazo y parto anterior normal en 1992.

»Gestación actual espontánea con fecha de última regla el 28 de mayo de 2001. Curso de la gestación controlado y sin alteraciones significativas. Grupo A y factor Rh positivo. Realización de amniocentesis para estudio genético por edad materna >35 años con resultado de cariotipo normal 46 xx. Controles de tensión arterial normales.

»Se practicaron los siguientes controles ecográficos:

»- 15-08-2001: semana 11,2: feto único vivo con biometría que corresponde a su amenorrea.

»- 19-10-01: Semana 20,5: gestación única, actividad cardíaca positiva, situación longitudinal presentación pelviana; biometría como amenorrea. Placenta cara posterior tipo I. Líquido amniótico normal. No se observan malformaciones.

»- 9-1-02: Semana 32,3: feto único, longitudinal, presentación pelviana. Actividad cardíaca positiva. Placenta cara posterior tipo I. Líquido amniótico normal. Biometría que corresponde a su edad gestacional por amenorrea.

»Ante la presentación podálica objetivada en la última ecografía, el día 21/2/02, gestante de 38 semanas se realiza otro control, confirmando dicha estática fetal, realizando además registro cariotocográfico no estresante con resultado normal. El 28/2/02 se le practica otro control con el siguiente resultado: cuello formado, blanco, permeable 1 dedo, bolsa íntegra. Registro cardiotocográfico fetal normal (feto reactivo).

»El día 7/3/2002, gestante por fecha de última regla de 40,4 semanas, la paciente acude a Urgencias del Hospital por haber roto bolsa a las 2:40 horas (salida de líquido claro, ingresando a las 3:59 horas).



»Al ingreso (4 horas) presenta la siguiente exploración: presentación de nalgas, cuello borrado 30%, (no consta la dilatación del cuello) posición media y consistencia media, liquido amniótico claro.

»Se realiza registro cardiotocográfico que es informado de poca variabilidad y DIPs tipo II y deceleraciones variables, de forma que a las 5,15 h con un cuello borrado 70%, 2-3 cm de dilatación y centrado se decide cesárea.

»La cesárea se indica por presentación de nalgas y sospecha de pérdida de bienestar fetal, obteniéndose un recién nacido (a las 6:05 h) mujer de 3.080 gr. De peso y test de Apgar de 8-9, y una circular de cordón.

»La cesárea transcurre sin incidencias significativas, y durante el acto operatorio, y previa petición por parte de la paciente y la firma del consentimiento informe, se le realiza salpingectomía bilateral.

»El puerperio transcurre sin alteraciones.

»La paciente y su hija, son dadas de alta en buen estado el 11/3/02.

»El día 26/3/02, es decir, 19 días después del parto, Dña. xxxxxxx acude a Urgencias con su hija por dificultades para la ingesta oral, estridor laríngeo y ausencia de ganancia de peso. Es diagnosticada de una Hidrocefalia arreabsortiva secundaria a hemorragia subependimaria, siendo intervenida el día 18/4/02 practicándosele una derivación ventrículo-peritoneal, siendo dada de alta el 25/4/02.

»La evolución posterior de la hija de Dña. xxxxxxx es satisfactoria, de manera que los controles neurológicos realizados en los 3, 6, 9, 12 y 15 meses, han sido normales, constatándose una exploración neurológica así como un desarrollo madurativo (en las áreas motora, verbal, cognitiva y social) compatibles con su edad cronológica.

»Concluye en informe de Neurólogo (Dr. nnnn) «dada su evolución favorable, es fácil prever que no exista ningún tipo de secuela».



Segundo.- El 6 de marzo de 2003 Dña. xxxxxxxxxxx, en nombre y representación de su hija cccccccc, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que manifiesta:

“Las secuelas que la niña cccccccc sufre en la actualidad, son consecuencia de un actuar negligente de los Servicios de Salud.

»En primer lugar, debiendo detectarse todas las anomalías físicas que pudiese presentar el feto, y si estas no se detectaron, es porque previamente a la cesárea no presentaba ningún tipo de defecto físico.

»En segundo lugar, debieron extremarse todas las precauciones ante la presentación de nalgas con dos vueltas de cordón del feto. Teniéndose en cuenta además, que según aparece previsto en la Historia Obstétrica como fecha probable de parto la del día 3 de marzo, se debió prever y programar una cesárea que evitara los riesgos y las consecuencias que se verificaron con posterioridad.

»En tercer lugar, la noche del parto no se evaluó correctamente la situación del feto hasta el punto de que éste entró en sufrimiento fetal y se tardó dos horas y media en practicar una cesárea que por el pronóstico y circunstancias del feto debió de haber sido practicada de forma inmediata evitando el sufrimiento fetal que acaeció posteriormente.

»En cuarto lugar, se dio de alta a la madre y a la niña cuando cccccccc padecía gravísimas secuelas como consecuencia de lo anteriormente dicho existiendo un error de diagnóstico en el alta de la niña y que provocó su ingreso hospitalario 19 días posterior a su nacimiento con los diagnósticos indicados”.

Concluye solicitando se acuerde “otorgar a su hija cccccccc y a sus padres una indemnización de daños y perjuicios de seiscientos mil euros así como tratamientos rehabilitadores y ayudas de terceras personas que pudiera necesitar en un futuro”.

Tercero.- En el expediente constan diversos informes de unidades médicas y profesionales:



- Informe clínico del embarazo de Dña. xxxxxxxxxxx, de fecha 31 de marzo de 2003, emitido por la Dra. gggggggg, Jefe de Sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital xxxxx.

- Informe de 6 de abril de 2003 emitido por el Dr. tttttttt, responsable del Servicio de Tocoginecología del Hospital xxxxx.

- Informe de la Inspección Médica, emitido por la Dra. fffffff, Jefe de Área de Inspección nº x, el 30 de julio de 2003.

- Informe pericial realizado a instancia de la empresa aseguradora sssssss por los Dres. vvvvvvv y zzzzzzz, de fecha 13 de enero de 2004.

Igualmente consta en el expediente la "Historia Clínica de Dña. xxxxxxxxxxx y su hija cccccccc (Hospital xxxxx)", entre la cual se incluyen, entre otros:

- Informe de 28 de junio de 2003 del Dr. nnnn, especialista en Neurología Infantil.

- Informe de 24 de julio de 2003 del Dr. mmmmm del Servicio de Neurocirugía.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como escrito dirigido a la Gerencia de Salud de Área de xxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- Con fecha 6 de febrero de 2004, de conformidad con el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos, notificándose a la interesada en el domicilio señalado al efecto con fecha 10 de febrero de 2004.



El 27 de febrero de 2004 la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que se ratifica en lo manifestado y solicitado en su escrito de reclamación.

Sexto.- Con fecha 8 de marzo de 2005, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Séptimo.- El 16 de marzo de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.



f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo el 6 de marzo de 2003, por tanto, dentro del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que el parto tuvo lugar el 7 de marzo de 2002.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 8 de marzo de 2005 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho III, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando,



pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de Dña. xxxxxxxxxx.

Aun cuando en la reclamación se manifiesta que las secuelas que sufre cccccccc son consecuencia de un actuar negligente de los Servicios de Salud, dado que “debieron detectarse todas las anomalías físicas que pudiese presentar el feto”, que “se debió prever y programar una cesárea”, que “la noche del parto no se evaluó correctamente la situación” y que existió “un error de diagnóstico en el alta de la niña”; lo cierto es que son afirmaciones formuladas por la parte reclamante sin aval técnico alguno. Este Consejo considera probado que las actuaciones del personal sanitario que atendieron a la madre y a la niña, primero en el seguimiento del embarazo, después en la asistencia al parto y finalmente cuando se presentó la hidrocefalia, fueron correctas, sujetándose en todo momento a las reglas de la *lex artis ad hoc*, circunstancia que se ve corroborada por el hecho de que la evolución de la niña haya permitido afirmar, pese a las dolencias padecidas, que “es fácil prever que no exista ningún tipo de secuela”.

La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, especialmente en los informes técnicos que enjuician la actuación de los servicios médicos y cuyo estudio aconseja diferenciar las tres siguientes fases o etapas: primera, durante el requerimiento del embarazo; segunda, en la asistencia al parto; y tercera, tratamiento de la hidrocefalia.

a) La primera de las fases, relativa al seguimiento del embarazo, plantea fundamentalmente dos cuestiones, si el seguimiento y control de éste fue correcto y si fue acertada la decisión de no programar anticipadamente una cesárea dada la presentación de nalgas que el feto mantenía así como ante la posible, no acreditada, presencia de circulares de cordón.

Las cuestiones suscitadas han sido analizadas pormenorizada y detalladamente en diferentes informes contenidos en el expediente, pudiendo



destacarse las manifestaciones que a continuación se recogen contenidas en los siguientes:

- Informe de la Inspección Médica, emitido por la Dra. fffffff:

“Del contenido de la historia clínica se desprende que el embarazo fue controlado siguiendo los protocolos de la SEGO. El único factor de riesgo de malformaciones en este caso era la edad (38 años), por ello se practicó la amniocentesis, que descartó la existencia de cromosopatías.

»(...) Se realizaron los controles ecográficos, que marcan la SEGO y otros autores, en las semanas oportunas, no observándose en la ecografía de la 20 semana ninguna malformación fetal. Debido a la presentación de nalgas, en el tercer trimestre, más cerca del parto, se repitió una nueva ecografía para confirmar la presentación.

»En ninguna ecografía realizada se objetivó que existiesen `dos circulares de cordón´ como afirma la reclamante, con lo cual era imposible contemplar dicha situación. Las únicas exploraciones que podían hacer sospechar circulares de cordón, diagnóstico incierto, y dependiendo de si la circular está o no apretada, antes del parto fueron realizadas, la ecografía y MFNE, en ninguna de ellas existió la sospecha de circulares de cordón.

»Las monitorizaciones realizadas en la 38 semanas (21-02-01) y en la 39+2 semanas de gestación (28-02-01) evidenciaron la presencia de un feto reactivo. No se detectó ningún signo de sufrimiento fetal.

»En una secundípara, hasta que no comienza el trabajo de parto la presentación fetal puede cambiar. En la actualidad el parto de nalgas puras en secundípara, si no hay contraindicación, puede ser parto vaginal. Máxime en este caso en que la paciente había tenido anteriormente un parto por vía vaginal con recién nacido de 3.185 gramos. En la ecografía realizada el 21-02-03 se objetivaron unas medidas antropométricas normales por lo cual nada hacía sospechar que el parto no pudiera producirse por vía vaginal. Es por ello que en principio la cesárea no estaba indicada”.

- Informe emitido por los Dres. vvvvvv y zzzzzz:



“La hija de Dña. xxxxxxxx sufrió una hidrocefalia secundaria a una hemorragia intraparenquimatosa.

»(...) Tanto la hemorragia cerebral con la hidrocefalia secundarias, tenían que haber sido diagnosticadas prenatalmente? La respuesta es clara: NO.

»(...) El dato más importante para asegurar de manera tan categórica que no se tenía que diagnosticar durante el embarazo es que, a la vista de la evolución clínica posterior, la hidrocefalia no existía durante el embarazo.

»A la vista del expediente presentado, podemos asegurar que la actuación obstétrica tanto durante el control prenatal como al ingreso fue impecable. Los controles prenatales fueron adecuados a los Protocolos actuales, incluso sabiendo por los controles ecográficos que era una presentación pelviana. A este respecto la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia informa que `el control de la gestación en la presentación de nalgas es igual que en el resto de las gestantes´.

»También hemos de señalar que en el escrito de reclamación se habla con insistencia de la presencia de dos circulares de cordón al cuello diagnosticada en los dos últimos controles ecográficos; en ninguno de los informes ecográficos que se aportan en la historia clínica aparece mención alguna acerca de esta supuesta patología. Pero es que aun sabiendo que existen (sí pueden verse con las técnicas ecográficas más modernas), su presencia no obliga a tomar ninguna conducta predeterminada; existen muchísimos partos con desenlace absolutamente normal en los que se comprueban la existencia de una o varias circulares de cordón al cuello del feto.

»(...) La Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad española de Ginecología y Obstetricia, en su Protocolo sobre Asistencia al parto de nalgas señala que en algunos casos, tras estimar las condiciones obstétricas, en ausencia de circunstancias desfavorables o factores de riesgo, es factible permitir la evolución del parto por vía vaginal, si bien se deben cumplir una serie de requisitos previos para su aceptación (...).



»La atención obstétrica prenatal fue correcta, así como la no indicación de entrada de una cesárea". (Conclusión 1).

A la vista de tales manifestaciones sólo cabe concluir que la asistencia sanitaria prestada durante el seguimiento y control del embarazo fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

b) La segunda de las fases, relativa a la asistencia al parto, suscita las tres siguientes cuestiones: si debió o no procederse de forma inmediata a practicar una cesárea una vez confirmada la presentación de nalgas del feto, si fue correcta la decisión de practicar una cesárea una vez que la monitorización sugirió la sospecha de la posible pérdida de bienestar fetal y si la evaluación clínica de la recién nacida al alta fue correcta o pudieron ya haberse detectado síntomas o indicios del cuadro de la hidrocefalia.

Respecto de dichas cuestiones interesa destacar las siguientes consideraciones:

- Informe de la Inspección Médica, emitido por la Dra. fffffff:

"La monitorización fetal permitió comprobar que el feto estaba reactivo. Pero en un momento dado comenzó a producir deceleraciones: `DIP tipo II y variables´. La monitorización requiere un tiempo de espera, en el que contrastando la frecuencia cardiaca fetal con las contracciones uterinas se valora el bienestar fetal. La tira de monitorización sugirió la sospecha de posible pérdida de bienestar fetal y se procedió en consecuencia (...).

»Se le extrajo sangre para analítica (...).

»Practicaron exploración ginecológica (...).

»MFNS (...).

»Algunas caídas en la frecuencia cardiaca fetal no suponen la necesidad absoluta de realizar cesárea, puesto que hay que valorar la progresión de la dilatación y el avance de la presentación en el canal del parto.



»En este caso la cesárea se indicó por alteraciones en la FCF (sospecha de pérdida de bienestar fetal), no porque el feto estuviera de nalgas, ya que un parto de nalgas en una secundípara no es, per se, indicación de cesárea. Se está cuestionando aun en el caso de primiparidad (primer hijo).

»La pérdida de bienestar fetal y/o sufrimiento fetal se puede presentar, de forma aguda, en cualquier momento y por las más diversas causas (vuelta de cordón, prolapsos y nudos de cordón, infección intrauterina...). El hecho de que se produzca un sufrimiento fetal agudo no quiere decir que se tengan que producir secuelas si se actúa extrayendo al feto en el plazo más breve posible. En este caso el sufrimiento fetal, si se produjo, fue mínimo y las actuaciones sanitarias fueron las correctas como lo prueba el índice de Apgar del niño al nacer y a los 5 minutos (Apgar 8-9). Según consta en la hoja de partograma el niño presentaba una circular de cordón (no dos), difícilmente pudieron informarle previamente al parto de las circulares de cordón que presentaba el feto.

»La intervención se realizó en el menor tiempo posible.
(Conclusión 6).

»En este caso en ningún momento se produjo asfixia perinatal. (Conclusión 7).

»Los pediatras exploraron concienzudamente a la niña como lo demuestran las anotaciones realizadas en la historia clínica.

»Efectivamente, el día 11-03-02, madre e hija fueron dadas de alta hospitalaria, pues nada contraindicaban las mismas, al ser sus correspondientes estados clínicos buenos. Nada hacía sospechar que la niña fuera a presentar el cuadro clínico que presentó días más tarde.

»Las hidrocefalias posthemorrágicas suelen presentarse entre la primera y tercera semana después de producirse la hemorragia. Ello explica que la niña al alta (11-03-02), no presentase ningún signo ni síntoma que hiciera sospechar esta patología. Difícilmente se puede informar de algo que se desconoce.

- Informe emitido por los Dres. vvvvvv y zzzzzz:



“En el caso que nos ocupa, no se planeó una cesárea de entrada, pues como hemos visto anteriormente, se pueden admitir algunos casos por vía vaginal previo estudio.

»Es el momento del ingreso cuando se realiza este estudio (...). Todo ello hizo pensar, con buen criterio, al equipo de guardia, que podía aceptarse la asistencia del parto por vía vaginal. Las circunstancias cambian cuando a lo largo del registro cardiotocográfico fetal empiezan a producirse deceleraciones variables, algunas tardías y pérdida de variabilidad, lo que provoca la práctica de una cesárea ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal o sufrimiento fetal.

»La valoración al ingreso para admitir un parto por vía vaginal fue correcta. (Conclusión 3)

»Creemos pues suficientemente probado que la indicación de la cesárea ante una sospecha de pérdida de bienestar fetal fue correcta, más cuando se trataba de una presentación podálica, y que no existe ningún criterio neonatal de encefalopatía hipóxico-isquémica.

»(...) Con lo anteriormente expuesto queda suficientemente demostrado por un lado que no existieron signos de hipoxia durante el parto y por otro que la hemorragia intraparenquimatosa que presentaba la hija de Dña. xxxxxxxxx pudo ser debida a otras causas distintas a la de la hipoxia.

»(...) La recién nacida no presentaba ninguna sintomatología en el momento del alta, y que por lo tanto éste proceder fue el correcto.

»La evaluación clínica de la recién nacida al alta fue correcta, dado el tipo de hidrocefalia que se presentó”. (Conclusión 8).

Todo ello nos permite concluir que la asistencia sanitaria prestada desde el momento del ingreso, el 7 de marzo de 2002, hasta el día en que se da el alta médica, el 22 de marzo, fue adecuada a la *lex artis ad hoc*.

c) Respecto de la tercera fase, relativa al tratamiento de la hidrocefalia, toda vez que por la reclamante no se hace reproche alguno, no cuestionando



su adecuación a la *lex artis ad hoc*, baste señalar que en el expediente aparecen detallados y analizados cada uno de los pasos y decisiones tomadas en el tratamiento seguido, el cual ha de considerarse satisfactorio a la vista de los resultados obtenidos.

Al respecto, cabe destacar del informe de la Inspección Médica lo siguiente:

“La opinión de los neurocirujanos es que la hidrocefalia es secundaria a la hemorragia ventricular. No se puede determinar cuál es la causa de dicha hemorragia, no parece que su origen sea el traumático. Este tipo de hemorragias se suelen asociar a recién nacidos prematuros, no es el caso que nos ocupa, pero puede también presentarse en recién nacidos a término (como ocurrió aquí). En la RM practicada tampoco se detectaron anomalías intracraqueales de naturaleza vascular o tumoral que pudieran justificar dicha hemorragia. Otra de las posibles causas de hemorragias intraventricular subependimaria o de matriz germinal (todos ellos son términos sinónimos) es la hipoxia fetal que en este caso también puede descartarse teniendo en cuenta el Apgar que presentó la niña al nacer (8-9). Sea cual fuera la causa de la hemorragia, la alteración del LCR que procede puede ser transitoria y se puede restablecer. En este caso existe la posibilidad de que con el transcurso del tiempo se hayan normalizado los mecanismos de reabsorción de LCR.

»Del contenido de la historia clínica se desprende que actualmente la niña no presenta ninguna secuela. El Dr. nnnn, pediatra neurólogo afirma que, en el seguimiento neurológico efectuado a las edades habituales 3-6-9-12 y 15 meses, la exploración neurológica así como su desarrollo madurativo (en las áreas motora, verbal, cognitiva y social) son compatibles con su edad cronológica. El funcionamiento valvular es normal. Añade el Dr. nnnn que dada su evolución favorable, es fácil prever que no exista ningún tipo de secuela”.

Lo hasta aquí expuesto permite a este Consejo compartir plenamente la conclusión 14 formulada en el informe de la Inspección Médica que considera que “las actuaciones del personal sanitario que atendieron a la madre y a la niña se ajustaron en todo momento a la *lex artis*, primero en el seguimiento del embarazo, después en la asistencia al parto y finalmente cuando se presentó la hidrocefalia”.



En este sentido hay que considerar que las alegaciones de la reclamante, cuestionando diversas decisiones médicas y con ello la observancia de la *lex artis*, realizadas sin aval técnico alguno, ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento tanto a la madre como a la hija. Estos juicios tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica, que, aunque encuadrada en el aparato administrativo de SACyL, actúa con independencia y objetividad.

Respetada, pues, la *lex artis*, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico y la obligación de reparar no puede recaer sobre la Administración, conforme a todo lo expuesto más arriba. Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por Dña. xxxxxxxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija cccccccc.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija cccccccc.

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