



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y  
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid zzzzz, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 29 de marzo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, 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 21 de julio de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el nacimiento de su hija, ccccc, en el Hospital hhhhhh*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de julio de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 733/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Estella Hoyos.

**Primero.-** Mediante escrito presentado en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx el día 13 de diciembre de 2002, D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, quien a su vez actúa en nombre de su hija menor de edad ccccc, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial



por los daños ocasionados a esta última en el parto, consistentes en una parálisis infantil cerebral, los cuales cifra en 580.000 euros.

Considera que, dados los antecedentes de la paciente, debería haberse ordenado la cesárea desde el principio, y así no se hubiera producido el sufrimiento fetal y la deformidad craneal que afectó cerebralmente a la niña. Sostiene que "las lesiones se produjeron por el empleo de los medios externos de extracción (ventosa, fórceps, espátulas) que provocaron el hundimiento craneal" y entiende que el parietal fracturado y el acabalgamiento de los huesos de aquél provocaron las isquemias e infartos cerebrales. Solicita diversa prueba documental y que se tome declaración a los doctores y matronas intervinientes.

**Segundo.-** El informe efectuado por la Inspección Médica relata que la reclamante, gestante de 32 semanas y 4 días, acude el 30 de junio de 1993 al Hospital hhhhhh por presentar dolores en hipogastrio irradiados a fosa renal derecha, disuria, tenesmo vesical y polaquiuria sin fiebre. Queda ingresada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, realizándose exploraciones topológicas, así como monitorizaciones en las que la frecuencia cardiaca fetal resultó normal y en las que no se detectó dinámica uterina. El alta hospitalaria se produce el día 6 de julio de 1993, con tratamiento de ampicilina y Prepar.

El 8 de julio de 1993 la interesada acude a las 20:13 horas al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh tras presentar amniorraxis espontánea en una gestación de 33 semanas. Es ingresada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, recogiendo como antecedentes el alta hospitalaria dos días antes por infección urinaria y dos abortos. Como motivo de ingreso se señala el de tercigesta nulípara de 33<sup>+4</sup> semanas de gestación que acude por rotura prematura de membranas a las 19:30 horas sin dinámica uterina, estando en tratamiento con Prepar.

A las 20:35 horas de ese mismo día se anota en la historia clínica los resultados de la exploración apreciándose una presentación cefálica en I plano; cuello centrado, borrado y blando con dilatación de 2 cm; bolsa rota fluyendo líquido amniótico claro abundante; tono fetal positivo y altura uterina correspondientes a embarazo de unas 34 a 36 semanas. Se realiza estudio ecográfico observándose un diámetro biparietal de 84 mm correspondiente a una gestación de unas 34 semanas y diámetro FL de 66 mm correspondiente a un embarazo de unas 34 semanas, así como líquido amniótico escaso. A las 21:05 horas se monitoriza a la gestante no apreciándose dinámica uterina, pasando a las 23:20 horas a planta de hospitalización.



Y continúa así el relato de los hechos efectuado por la Inspección:

“A las 1:15 horas del día 9/7/1993 se realiza nueva monitorización y a las 2:55 horas presenta una exploración similar siendo pautado suero glucosalino más dos ampollas de Prepar. A las 10:04 horas del día 9 la parturienta tiene una temperatura de 37° C siendo monitorizada de nuevo, monitorización que se repite a las 19 horas, momento en que se inicia el primer periodo del trabajo de parto. A las 19:10 horas el cuello está centrado, borrado y fino con una dilatación de 4 cm, siendo la presentación cefálica situada en I plano y estando la bolsa rota. A las 20 horas se administra suero glucosado y Syntocinon, la presentación es cefálica continuando en I plano, la dilatación es de 6 cm, el cuello centrado y fino, apreciándose la existencia de tumor de parto. A las 21 horas de este mismo día, la dilatación es de 8 cm y existe dinámica uterina siendo pautada la administración de Buscapina. A las 21:30 horas la presentación se encuentra en I-II plano, se aprecia tumor de parto, la dilatación es de 9 cm, el cuello fino y rígido siendo monitorizada la frecuencia cardiaca fetal. A las 22:40 horas la dilatación es completa, la presentación se encuentra en I-II plano, se aprecia tumor de parto y se monitoriza la frecuencia cardiaca fetal. A las 22:45 se registra en la hoja de partos que las espátulas han fallado. Ante la no progresión del parto se realiza cesárea segmentaria transversa, bajo anestesia general que se inicia a las 23 horas del día 9, mediante la que nace sobre las 23:35 horas un feto hembra que llora sobre campo con Apgar de 8/8 y peso de 2470 gr; pasando la parturienta a la unidad de recuperación post-anestésica a las 0:15 horas del día 10/7/1993.

»La recién nacida, Dña. cccc, presenta un test de Apgar en el 1º minuto de 2, ingresando en la unidad de neonatología. En esta unidad se recogen como antecedentes del parto los de distocia con espátula más ventosa más cesárea, Apgar de 8/8 y amniorraxis de 28 horas. En la exploración realizada a la recién nacida se aprecia un gran cefalohematoma, no se observan malformaciones visibles, presenta buena coloración de mucosas con subcianosis acra, buen tono y respuesta a estímulos, respiración superficial con discreto tiraje xifoideo y quejido continuo, frecuencia respiratoria de 60 por minuto, con murmullo vesicular en ambos hemotórax, auscultación cardiaca normal, abdomen normal, manteniendo saturaciones de O2 por encima de 95 con O2 en incubadora. El día 10/7/1993 la recién nacida deja abundantes restos en las últimas tomas y no ha realizado micciones, siendo el tono y reflejos normales. A las 3 horas del día 11/7/1993 presenta movimientos convulsivos de extremidad superior izquierda y fases de irritabilidad. Se inicia tratamiento con fenobarbital



a pesar de lo cual la recién nacida continúa afectada, hipertónica, con tremulaciones y excitable, presentando gran edema en cuero cabelludo con gran cefalohematoma parieto-occipital. Durante este día es informado estudio de ecografía cerebral en el que se observa edema cerebral más cavun vergun presentando nuevas crisis a las 15 horas, 22:25 horas y 24 horas. El día 12 sigue tremulando apreciando en la exploración gran cefalohematoma fluctuante que desciende hasta el párpado superior derecho, el tono y los reflejos son normales teniendo tendencia a estar adormilada y respondiendo a estímulos tremulando. El día 13/7/1993 está muy sedada con pobre respuesta a estímulos y reflejos apagados apreciando en los estudios radiológicos distensión de asas y globo vesical. El día 14/7/1993 comienza a mejorar en la exploración neurológica, mejoría que se va manteniendo durante el resto de días que la recién nacida continúa ingresada. El 22/7/1993 se informa estudio de TAC craneal en el que se observa aumento del tamaño de la cisura interhemisférica y del espacio subaracnoideo por delante de los polos temporales compatible con cierto grado de atrofia, discreta dilatación ventricular, hipodensidad en toda la sustancia blanca que se atribuye a falta de mielinización por inmadurez pero especialmente se observa un área hipodensa en la región parietal posterior derecha que puede corresponderse con un área de infarto y también se observa fractura parietal derecha con ligero acabalgamiento del parietal de ese lado. El 4/8/1993 se informa estudio de RMN de cráneo en el que se aprecia área hipointensa de límites difusos en región parietal derecha así como múltiples pequeños focos hipointensos de predominio periventricular bilateral sugestivos de lesiones isquémicas en las áreas de vascularización más precaria, correspondientes a la sustancia periventricular del prematuro, dentro de un cuadro de isquemia cerebral difusa con posterior edema cerebral; descartándose focos hiperintensos correspondientes a hemorragia o imágenes de malformación cerebral. El alta hospitalaria se produce el 6/8/1993, haciendo constar en el informe de alta los diagnósticos de: recién nacido pretérmino, parto por cesárea, sufrimiento fetal en parto, convulsión neonatal, herida en cabeza al nacer, insuficiencia cerebrovascular, taquipnea transitoria, hipocalcemia e hipomagnesemia, hipoosmolaridad y anemia del prematuro".

Sigue el informe de la Inspección relatando que el 21 de septiembre de 1993 se emite un informe por el Centro Neurológico Infantil, Dr. bbbbbb y Dr. F. ooooo, aportado en la reclamación, en el que se establece el diagnóstico de retraso sicomotor secundario a probable encefalopatía anóxica perinatal. El 22 de octubre la médico forense emite un informe en el que manifiesta que la niña, de tres meses y medio de edad, presenta escoriación de 1 cm en línea medio parietal en proceso de curación; indica que, según los informes clínicos



estudiados, al parecer nace tras una gestación de 7 meses y sufre distress respiratorio neonatal, siendo el parto largo no consiguiéndose la evacuación ni siquiera con la utilización de instrumentos mecánicos de tracción por lo que se realiza cesárea, añadiendo que la recién nacida es reconocida por Neonatología del Hospital hhhh1 (Hospital hhhhhh), siendo diagnosticada la existencia de varios focos de infarto cerebral secundarios a sufrimiento fetal.

Con la reclamación se aporta también un informe de 16 de octubre de 1993 del Hospital hhhh2, en el que se emite como diagnóstico de la niña el de parálisis cerebral infantil, indicando que precisa realizar fisioterapia de estimulación sicomotriz e inhibición de reflejos patológicos.

En la evolución posterior, la niña sigue controles por especialistas de neurología infantil, oftalmología y traumatología, de acuerdo a los informes aportados en la documentación. Presenta parálisis cerebral infantil de forma parético-espástica de origen hipóxico-isquémico perinatal y con lesiones anatómicas compatibles con leucomalacia periventricular.

Cabe destacar un informe de estudio de RMN, de fecha 22 de noviembre de 1997, en el que el diagnóstico consiste en: lesiones de sustancia blanca con predominio alrededor de los ventrículos planteando a descartar reblandecimiento de la sustancia blanca periventricular en relación con falta de oxígeno arterial en niño prematuro o bien secuelas de otros procesos (ventriculitis, trastornos metabólicos, eventos in útero, etc.). La afectación producida es global aunque de predominio en extremidades inferiores (paraparesia espástica), con un curso evolutivo ligeramente positivo pudiendo realizar la movilidad y manipulación prácticamente sin dificultades estando únicamente interferidas de forma leve las actividades manipulativas más complejas. Según los informes la marcha no es liberada, precisando de apoyo para realizarla; ha necesitado la realización de alargamiento quirúrgico de ambos tendones aquileos para mejorar la estabilidad. La paciente también presenta trastornos visuales con secuelas que se concretan en el informe de oftalmología del Dr. A. gggggg de julio de 2001, consistentes en nistagmus pendular de origen central y atrofia óptica por hipoxia perinatal.

**Tercero.-** Al expediente se ha incorporado la historia clínica del hospital, así como los siguientes documentos e informes de unidades médicas y profesionales:



- Informe pericial emitido por la Dra. llllll el 2 de febrero de 1994, aportado al expediente por la parte reclamante.

- Informe del Dr. mmmm, Jefe de los Servicios de Obstetricia del Instituto hhhhhh3, de 30 de marzo de 1994, emitido a solicitud del Juzgado de Instrucción nº xx de xxxx.

- Auto de 1 de septiembre de 1994 del Juzgado de Instrucción nº xx de xxxx, que no admite el recurso de reforma contra el auto del mismo Juzgado de 14 de julio de 1994 de sobreseimiento de las diligencias previas xxxx/93, y tiene por interpuesto recurso de apelación.

- Informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital hhhhhh, de 21 de octubre de 1998.

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 28 de agosto de 2003, sobre la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

**Cuarto.-** Con fecha 14 de noviembre de 2003 se concede el trámite de audiencia, sin que, transcurrido el plazo legal, conste que se hayan presentado alegaciones.

**Quinto.-** El 15 de junio de 2006 se formula la propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad formulada.

**Sexto.-** El 20 de junio de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

**Séptimo.-** Consta en el expediente que sobre los discutidos hechos se interpone recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de xxxx, recurso nº xx/04.

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

**Octavo.-** Tras ser admitida a trámite la solicitud de dictamen, el Consejo requirió el informe de un experto, que fue recibido el 5 de febrero de 2007. El informe es elaborado por el Dr. ppppp, del Departamento de Pediatría, Inmunología, Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxx, y tiene el siguiente contenido:



- "Pregunta nº 1.- Si, como sostiene el informe de la Inspección médica, las lesiones neurológicas responden a un mecanismo de producción hipóxico y no a un efecto traumático directo, vinculadas por tanto al sufrimiento fetal padecido en el parto que hay que relacionar con su no progresión.

»A este respecto en los Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) de 2005 y de acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), los criterios para definir que un episodio hipóxico agudo intraparto es suficiente para causar encefalopatía neonatal y parálisis cerebral son los siguientes (deben encontrarse los cuatro):

»1- Evidencia de acidosis metabólica en la sangre arterial del cordón umbilical fetal obtenida tras el parto ( $\text{pH} < 7$  y déficit de base igual o superior a 12 mmol/l).

»2- Comienzo temprano de una encefalopatía neonatal severa o moderada en niños nacidos con 34 o más semanas de gestación.

»3- Parálisis cerebral de los tipos de cuadraplejía espástica o discinética.

»4- Exclusión de otras etiologías identificables, como traumatismos, trastornos de coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas.

»Otros criterios, menos específicos, suelen estar también presentes en los casos de hipoxia intraparto:

»1- Un signo centinela de un episodio hipóxico ocurrido inmediatamente antes o durante el parto.

»2- Una bradicardia fetal súbita y sostenida o ausencia de variabilidad persistente en la frecuencia cardíaca fetal, dips tipo 2, o deceleraciones variables, cuando el patrón de frecuencia cardíaca fetal era previamente normal.

»3- Test de Apgar de 3 a los 5 minutos del nacimiento.

»4- Daño multisistémico en las primeras 72 horas de vida.



»5- Lesión cerebral aguda no focal detectada precozmente mediante técnicas de imagen.

»En función de estos criterios, el hecho de no disponer de datos acerca de un criterio mayor (1) y de alguno de los menos específicos (1 y 2), impide afirmar con rotundidad que las lesiones responden a un mecanismo de producción hipóxico (falta pH fetal y registro cardiotocográfico); aunque sí es cierto que están presentes muchos de los criterios exigibles”.

- “Pregunta nº 2.- En qué medida pudo haber actuaciones equivocadas que retrasaran la decisión de abordar la cesárea, y en consecuencia incrementaran el sufrimiento fetal y, por tanto, sus efectos neurológicos negativos.

»No parece que hubiera retraso en la decisión de abordar la cesárea, ya que ésta se indicó cuando había evidencia de que no era posible finalizar el parto por vía vaginal, en un parto que hasta ese momento su período de dilatación había evolucionado normalmente”.

- “Uso o no uso de ventosa en el parto.

»La prematuridad y la altura de la presentación podrían citarse como contraindicaciones relativas para realizar una ventosa (Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia. Ventosa Obstétrica: Protocolo 21).

»La presencia de tumor es un hallazgo frecuente en los partos, la propia ventosa crea un tumor de parto artificial, necesario para la adecuada adherencia de la cazoleta al cuero cabelludo que permita la tracción”.

- “La conveniencia del uso de espátulas, que el Dr. xxxx vincula al tercer plano.

»Existe acuerdo general en que las espátulas parecen ser el instrumento ideal a utilizar en los prematuros, debido a que la presión que ejercen sobre la cabeza fetal es mínima. Para su aplicación la presentación ha de haber alcanzado el III plano (Protocolos de Procedimientos diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia. Espátulas de Thierry: Protocolo 23)”.





- "La circunstancia de que en el informe de alta posparto figure marcada la casilla `no´ referente al sufrimiento fetal, cuando parece incuestionable que lo hubo.

»Cabe suponer que esto es debido a que no se detectaron signos de sufrimiento fetal durante el parto (monitorización biofísica)".

- "La declaración judicial, de 11 noviembre de 1993, del Dr. aaaa, en cuanto afirma que desconoce las razones a que se deban las lesiones o secuelas del recién nacido (cuando cabría esperar que pudiera relacionarlas con el sufrimiento fetal).

»Con los datos recabados de la historia y en ausencia de registro cardiotocográfico o pH, resulta difícil determinar con rotundidad, según los criterios del ACOG, si la causa de las lesiones neurológicas del recién nacido fue el sufrimiento fetal (mecanismo de producción hipóxico)".

- "La declaración judicial del Dr. zzzzz, de 11 de noviembre de 1993, que manifiesta que no recuerda si el niño tenía un tumor de parto y que ni siquiera lo oyó comentar (cuando el Dr. aaaa afirma la presencia de tumor de parto en la declaración antes citada).

»Dado que es un hallazgo relativamente frecuente durante el período de dilatación del parto (sobre todo si ha habido amniorrexia previa), a la presencia de tumor de parto el obstetra puede no darle excesiva importancia, puesto que salvo se asocie a otros signos de desproporción (estacionamiento de la dilatación, anomalías en la dinámica, deflexión de la cabeza, asinclitismo, edema del cuello, etc.), la mayor parte de las veces carece de relevancia clínica".

## 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 interesada 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, 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.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el nacimiento de su hija ccccc.

La parte 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.

**6ª.-** Después de haber examinado cuáles son los requisitos que configuran el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, el caso examinado ha de ser analizado por este Consejo Consultivo partiendo de los informes y documentos incorporados al expediente para concluir que procede desestimar la reclamación, puesto que en principio, con carácter general, no ha quedado probado que hubiera existido infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria prestada, y, en todo caso, el daño reclamado resultaría producido con independencia de las actuaciones que la reclamación considera negligentes o irregulares, no habiéndose probado suficientemente la relación entre éstas, tal y como las describe y presenta –y con el efecto que les atribuye– la parte reclamante y la parálisis infantil de la menor.



La Audiencia Nacional, en Sentencia de 10 de marzo de 2004, cita la consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo “según la cual, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión que conduciría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonables, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis* responde la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberán ser soportados por el perjudicado. La existencia de este criterio de la *lex artis* se basa en el principio jurisprudencial de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo”.

Asimismo, la propia Audiencia Nacional, en Sentencia de 30 de junio de 2004, recogiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo y lo manifestado por éste en Sentencia de 28 de enero de 1999, partiendo de la afirmación de que la responsabilidad de la Administración tiene carácter objetivo, indica que “para que el daño concreto producido por el funcionamiento del servicio a uno o varios particulares sea antijurídico basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. No existirá entonces deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y, consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable”.

Pero en el caso que nos ocupa, y de acuerdo con la documentación que forma parte del expediente de responsabilidad patrimonial, no puede afirmarse con seguridad que se haya acreditado la existencia de una inadecuada praxis médica por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, y tampoco puede afirmarse que los actos que la reclamación considera negligentes, en los términos que son descritos por ella, tengan respecto del daño producido –parálisis infantil– la relación que aquélla les asigna.



El informe de la Inspección Médica resume adecuadamente el grueso de los razonamientos de la parte reclamante, señalando lo siguiente:

“Argumentando en la reclamación que a causa de su indebida manipulación con la instrumentación, ejerciendo una incorrecta y excesiva presión sobre el cráneo del feto pudiera haberse provocado la fractura parietal derecha diagnosticada a Dña. cccc mediante TAC (fractura que en la reclamación se describe con acabalgamiento) y, tras esta, comprimirse el cerebro produciendo lesiones de isquemia y áreas de infarto situadas precisamente en la parte derecha, justo en la zona en que se produjo la fractura. Atribuyéndose en la reclamación el importante cefalohematoma que presentó la recién nacida a nivel de su parietal derecho a la aplicación de ventosa obstétrica. Además, en la presente reclamación también se llega a la conclusión de que, dados los antecedentes de abortos anteriores y el hecho de la prematuridad, el parto debía haberse practicado ya inicialmente mediante cesárea sin otras manipulaciones; lo que hubiese evitado que se produjese el sufrimiento fetal y la deformidad craneal que afectó cerebralmente a la niña. Indicando, así mismo que el parto por cesárea se produce finalmente tras 28 horas después de la rotura de la bolsa de aguas lo que se estima excesivo”.

Al respecto cabe considerar que resultan probados los siguientes hechos, que recogemos con palabras de la misma Inspección Médica:

“Doña ccccc nace fruto de un parto tras rotura prematura de bolsa, sufriendo las lesiones de: gran cefalohematoma en parietal derecho que al tercer día se hace fluctuante descendiendo hasta el párpado derecho; fractura parietal derecho con ligero acabalgamiento del parietal de ese lado; escoriación de un centímetro en línea medio parietal y área hipointensa en sustancia blanca de región parietal derecho así como múltiples focos hipointensos de predominio periventricular bilateral, lesiones detectadas en las pruebas de imagen y sugestivas de lesiones isquémicas cerebrales en las áreas de vascularización más precarias”.

Dicho esto, cabe resaltar, de entre las conclusiones del repetido informe, las siguientes:

“En el inicio de este parto prematuro no se presentaba ninguna de las indicaciones para que el mismo fuese finalizado por cesárea por lo que el planteamiento inicial de parto vaginal era correcto y adecuado a la *lex artis ad hoc*.”



»El periodo expulsivo de este parto es asistido mediante instrumentación obstétrica, resultando distócico no progresando tras resultar fallida la misma por lo que debe finalizarse mediante cesárea. Procedimiento quirúrgico con la que se consigue el nacimiento de Dña. ccccc, recién nacida que presentó lesiones neonatales y sufrimiento fetal.

»La instrumentación utilizada en la asistencia del parto prematuro de Dña. xxxxx según constancia en la historia clínica obstétrica y declaraciones del equipo obstétrico que asistió el mismo durante la fase de instrucción judicial fueron espátulas obstétricas.

»Las lesiones neonatales padecidas por Dña. ccccc consistieron en: gran cefalohematoma en parietal derecho que al tercer día se hace fluctuante descendiendo hasta el párpado derecho; fractura parietal derecho con ligero acabalgamiento del parietal de ese lado; escoriación de un centímetro en línea medioparietal y área hipointensa en sustancia blanca de región parietal derecho así como múltiples focos hipointensos de predominio periventricular bilateral sugestivos de lesiones isquémicas.

»Todas estas lesiones con la excepción de las neurológicas son consecuencia de un mecanismo traumático o mecánico que bien pudo haber sido ocasionado de forma iatrogénica como consecuencia de la instrumentación obstétrica o bien de forma natural como consecuencia de los mecanismos compresivos sufridos por la cabeza fetal durante su descenso por el canal del parto. Estas lesiones se resolvieron sin necesidad de tratamiento sin dejar secuelas.

»Las lesiones neurológicas responden a un mecanismo de producción hipóxico y no a un efecto traumático directo. Por lo que la no relación de causalidad de estas lesiones se establece con el sufrimiento fetal padecido por la recién nacida durante el parto y no con un efecto traumático directo de las espátulas obstétricas. Instrumento obstétrico éste cuyo mecanismo de actuación se confunde en la reclamación al intentar implicar su utilización como factor causal del daño neurológico sufrido por el neonato”.

Respecto a las lesiones neurológicas, que son las que centran la reclamación, el susodicho informe detalla más los razonamientos, del siguiente modo:



“La afectación neurológica sufrida por la recién nacida se confirma en el estudio de RMN realizado el día 4/8/1993 en el que se detecta un área hipointensa de límites difusos en región parietal derecha y múltiples focos pequeños hipointensos de predominio periventricular bilateral. Imágenes sugestivas de lesiones isquémicas en las áreas de vascularización más precaria, correspondiente a la sustancia blanca periventricular del prematuro dentro de un cuadro de isquemia cerebral difuso con posterior edema cerebral. Lesiones que evolucionan a lo largo del tiempo y que llegan a producir lesiones en la sustancia blanca cerebral de predominio periventricular que se podrían corresponder con la leucomalacia periventricular (en relación con fenómeno hipóxico-isquémico en niño prematuro), según informe de RMN de 21/11/1997 aportada en la reclamación. Está claro que la aparición de estas lesiones en la recién nacida tiene relación de causalidad con el parto que da lugar a su nacimiento. Ahora bien lo que se discute es el mecanismo propuesto en la reclamación para explicar su producción: efecto traumático compresivo, ya fuese consecuencia de la instrumentación o de las fuerzas compresivas sufridas por la cabeza fetal durante el parto. En primer lugar y en contra de lo que se expone en la reclamación las lesiones no se localizan exclusivamente en la región parietal derecha, donde sí se detecta una lesión difusa en su foco posterior, sino que se distribuyen de forma bilateral en la sustancia blanca periventricular, guardando relación esta localización de acuerdo al informe de RMN no con un efecto traumático sino con la precariedad de la circulación sanguínea de esta zona en el prematuro. Esta localización y el que sean exclusivamente lesiones isquémicas orientan a que el mecanismo de producción de las mismas ha sido hipóxico (falta de oxígeno) y no consecuencia de un mecanismo directo traumático. Siendo ésta la hipótesis sobre el mecanismo de producción del daño cerebral sufrido por Dña. cccc en los informes aportados en la documentación clínica acompañante a la reclamación, informes en los que se está aludiendo al mecanismo anóxico como causa de las lesiones dentro de un contexto de encefalopatía anóxica-isquémica del recién nacido. Por tanto las lesiones perinatales sufridas por la recién nacida tienen un origen traumático o mecánico, con excepción de las lesiones neurológicas cuyo origen es hipóxico como consecuencia del sufrimiento fetal padecido en el parto que hay que relacionar con la no progresión del parto tras resultar fallida la instrumentación obstétrica utilizada para asistir al mismo pero no con un efecto traumático directo de la misma. Dándose la circunstancia que todas estas lesiones se resolvieron sin necesidad de tratamiento específico y sin secuelas, salvo las neurológicas que dan lugar a una parálisis cerebral infantil en la recién nacida”.



En definitiva, el núcleo de la argumentación de la reclamante –que la parálisis cerebral de la niña fue causada por la indebida manipulación del instrumental obstétrico– está suficientemente rebatido en el informe de la Inspección Médica, que vincula dicha lesión al sufrimiento fetal padecido por aquélla en el proceso del parto. Esta conclusión, en los términos en que se ha planteado la reclamación y dado como ha transcurrido el procedimiento, debe llevar a la desestimación.

No sería obstáculo para la anterior conclusión la respuesta que el Dr. zzzz da a la primera pregunta, pues aunque concluye que no se puede afirmar con rotundidad que las lesiones respondan a un mecanismo de producción hipóxico, afirma también que están presentes muchos de los criterios exigibles. Este Consejo entiende que esta respuesta no desvirtúa los razonamientos de la Inspección Médica, pues hay datos suficientes que apuntan a que hubo sufrimiento fetal (los informes posteriores al parto de la historia clínica así lo indican) y que éste se debió producir al no progresar la expulsión de la criatura.

Dicho esto, cabe resaltar que, atendida la instrucción del expediente, ciertamente aparecen algunos hechos controvertidos. Así, por ejemplo, la conveniencia del uso de espátulas, que el informe del Dr. mmmm vincula al tercer plano de un parto –siendo lo cierto que en la documentación clínica se hace sólo referencia expresamente al I y II plano– y la circunstancia de que en el informe de alta postparto figure marcada la casilla “no” referente al sufrimiento fetal, cuando parece incuestionable que lo hubo. Estas dudas podrían llegar a sugerir la cuestión de en qué medida pudo haber actuaciones equivocadas que retrasaran la decisión de abordar la cesárea, y en consecuencia incrementaran el sufrimiento fetal, y, por tanto, sus efectos neurológicos negativos, e incluso en qué medida en el transcurso del parto se detectó específicamente dicho sufrimiento fetal y si se reaccionó frente al mismo.

Solicitado, en los términos ya referidos, el informe a un especialista, al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico de este Consejo, no se desprende de aquél, en relación con el resto del expediente, que pueda considerarse probado que hubiera actuaciones equivocadas que propiciaron el incremento del sufrimiento fetal padecido por la niña en cuestión, especialmente en lo relativo a la decisión de abordar la cesárea. En este sentido, constatado que las espátulas están indicadas en el plazo III, y no figurando en la hoja de parto sino en los planos I y II a las 10,40 horas, no hay datos que permitan afirmar que el posible uso de aquéllas sin estar presente





dicho plano III hubiese retrasado la mencionada decisión, teniendo en cuenta que en la hoja de partos figura la indicación "espátulas fallidas" a las 10,45 horas, y que la cesárea comenzó, según el informe de la Inspección Médica, a las 11 horas.

Por tanto, a la vista de toda la documentación, hechas las valoraciones anteriores, teniendo en cuenta que en lo fundamental del debate la reclamación no cuenta con el respaldo de informes médicos o técnicos y que no ha habido alegación alguna en el trámite concedido al efecto, y considerando los informes de la Inspección Médica, de la médico forense, de 2 de febrero de 1994, que no encuentra defectos en la atención recibida por la paciente, y del Dr. ppppp, cabe entender que debe finalizarse el expediente con una resolución desestimatoria.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

### **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 a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el nacimiento de su hija, ccccc, en el Hospital hhhhhh.

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