



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 24 de abril de 2003, D.^a G. V. A., en representación de D.^a M^a D. S. A. y D. L. M. D., presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que solicitaba una indemnización de 300.000 € como reparación por el fallecimiento de L. M. S., hijo de sus representados, que imputaba a un anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales. Funda su pretensión en que la Sra. S., con antecedentes de una cesárea anterior, ingresó de parto el día 28 de marzo de 2000 a las 21 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital "Virgen de la Arrixaca", con contracciones fuertes, siendo ingresada en planta a las 23 horas. Al día siguiente, sin que se le realizara ningún control previo, la Dra. P. M., tras realizar la rotura artificial de la membrana, sobre las 13,30 horas y junto con la Dra. M. P., decidieron, sin estar presente ningún especialista, efectuar una serie de maniobras y manipulaciones, al parecer con la intención de provocarle el parto vaginal. Mientras tanto, sigue el escrito, ninguno de los miembros del Servicio, excepto una matrona, ni examinaron a la paciente ni controlaron el monitor que se le estaba realizando hasta que fue demasiado tarde y el sufrimiento del feto era irreversible, pese a que las alteraciones gráficas del monitor, correspondientes a deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, comienzan prácticamente a la misma hora en que las doctoras empezaron a realizar las citadas maniobras. Sin embargo, el Dr. N. L., que era el especialista de guardia, no fue avisado hasta las 14,30 horas, y según declaró en las posteriores diligencias penales, cuando acudió, advirtió que *"las deceleraciones eran más profundas y no se recuperan"*, y que desconocía las manipulaciones que se llevaron anteriormente a cabo. Consideran los reclamantes que tampoco a las 14,30 horas se actuó con urgencia, pues hasta las 14,50 horas no se practicó una prueba de PH, que ya no era necesaria ante la evidencia del monitor, tras lo cual y al advertir la gravedad del sufrimiento fetal, 6,9, el facultativo ordenó pasar a la paciente al quirófano para realizar una cesárea, lo que tuvo lugar a las 15,10 horas, de modo que cuando se le practicó la placenta estaba *"desprendida casi en su totalidad"*, *"con abundantes coágulos"*, de modo que el sufrimiento de que fue objeto el feto le produjo gravísimas lesiones, de las que falleció a los pocos días de su nacimiento.

Según los reclamantes, el desprendimiento de la placenta se produjo por actuaciones contrarias a la *"lex artis"*, en concreto, por las maniobras realizadas por las citadas doctoras, sin supervisión de especialista; además, manifiestan que el monitor de control del feto, según se desprende de los gráficos, parece que fue desconectado o manipulado varias veces. Respecto del desprendimiento de placenta causante de las lesiones que produjeron la muerte del recién nacido, alegan que en las Diligencias Previas 2496/2000 el Dr. N. L. señaló que el desprendimiento no se podía advertir sólo con la observación del monitor, *"sino a través de otros signos como son, un dolor fuerte de útero, una hemorragia vaginal y subida de tensión"*, síntomas que, según los reclamantes, pudieron haberse dado. Sin embargo, en cuanto a la hemorragia vaginal, nadie comprobó si se estaba produciendo, manifestando el Dr. N. (en su declaración de 18 de diciembre de 2000) que *"sólo cuando se le hizo lo del PH -sobre las 14,50 horas-, pudo observar que comenzaba a sangrar"*, por lo que se suscita la duda razonable de si

comenzó en ese momento la hemorragia o sólo entonces la observó (con anterioridad ni se había comprobado); y, por lo que se refiere a la subida de tensión, que en la declaración de 5 de febrero de 2001 el Dr. N. señaló que *"si no se ha reflejado es porque estaba normal"*, lo que no es aceptable, pues aunque sea normal dicha circunstancia se hace constar en la historia clínica, lo que no figura.

A la referida reclamación se adjuntan los siguientes documentos:

"Nº 1.- Informe emitido por la Dra. D.^a C. E. S., a petición de los reclamantes.

Nº 2.- Auto de fecha 24 de abril de 2002, notificado el 2 de mayo, por el que se decreta el sobreseimiento libre y el archivo de las Diligencias nº 2496/2000 seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 6 de Murcia, con reserva de las acciones que puedan corresponderle al perjudicado.

Nº 3.- Declaración como imputado del Dr. N. L., el 18 de diciembre de 2000.

Nº 4.- Declaración como imputado del Dr. N. L., el 5 de febrero de 2001.

Nº 5.- Monitor efectuado a D.^a D. S. A. el 29 de marzo de 2000.

Nº 6.- Cartilla sanitaria del embarazo de la Sra. S. A..

Nº 7.- Historia clínica.

Nº 8.- Comunicación del Jefe de Servicio de Tocoginecología del Hospital "Virgen de la Arrixaca" sobre el personal médico de guardia en dicho servicio los días 28 y 29 de marzo de 2000, señalando que las Dras. P. y M. que realizaron la amniorrexis no formaban parte del equipo de guardia.

Nº 9.- Informe de alta de D.^a D. S. A..

Nº 10.- Informe del recién nacido L. M. S..

Nº 11.- Informe emitido por el forense en las Diligencias Previas nº 2496/2000".

Por lo que se refiere al informe de la Dra. E. S., han de destacarse ahora sus conclusiones:

"Como puede comprobarse no se cumplieron ni tan siquiera los Protocolos de la S.E.G.O. de Asistencia a un Parto Normal nº 03.

Tampoco cumple los requisitos del Protocolo nº 13 Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta (D.P.N.I.), por lo que consideramos que pudo existir un hematoma retroplacentario y un pequeño desprendimiento de seno marginal inducido por maniobras traumáticas sobre el útero en el parto, pero que desde luego no se produjo de forma natural, ni existía al ingreso de la parturienta en el Hospital de la Arrixaca.

Por lo anteriormente expuesto en este Informe Pericial, no se aplicaron ni medios facultativos, ni todos técnicos (sic) al alcance en el Hospital de la Arrixaca, para evitar las maniobras intempestivas y la defectuosa asistencia recibida en un Hospital de Sanidad Pública.

Tampoco se utilizaron medios técnicos, Rx, ó Ecografía, para diagnosticar la posible distocia ósea.

Ni una sola identificación en el Partograma de cuál era el Polo fetal/presentación.

R.A.M. totalmente contraria a la correcta Praxis obstétrica en la situación de la parturienta.

Sólo constan en la Historia Clínica hasta la cesárea, una asistencia facultativa el día 28, el ingreso, y una asistencia facultativa el día 29 cuando la situación era grave y urgente.

Destacamos la asistencia correcta y prudencial de la Matrona, no intervencionista (no rompió las membranas acertadamente) y que por otra parte se dió cuenta de la situación de riesgo vital para el feto y fue ella la que avisó al Dr. N..

La actuación de los Neonatólogos, que asistieron al niño, fue acorde a la correcta praxis médica, y la situación del niño al nacer y recibirlo en su unidad era de tal gravedad, que finalizó en éxitus pese a sus esfuerzos.

Por último podemos afirmar la relación CAUSA/EFEECTO, en este caso por:

I.- La Sra. D.^a D. S. A. ingresó en el Hospital de la Arrixaca tras un embarazo normal, en

situación de parto, y con un niño en perfectas condiciones y a término, el día 28 de marzo de 2000.

II.- El Partograma se inicia por las Matronas a las 12:30 horas del día 29 de marzo y no el 28 a su ingreso.

III.- Después de ser reconocida en urgencias a su ingreso, con parámetros de normalidad, el 28 de marzo de 2000 a las 20:20 horas, no volvió a recibir asistencia facultativa hasta las 14:30 horas del día 29 de marzo de 2000, cuando ya se había establecido la situación de riesgo vital para el niño.

IV.- La realización de la cesárea fue correcta, pero realizada con una demora injustificada y letal para el niño, que murió a los cuatro días de nacer, como consecuencia de dicha demora asistencia efectiva".

SEGUNDO.- Con fecha 12 de agosto de 2003 el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación, que fue notificada a la reclamante y a la aseguradora de dicho Organismo, a la vez que solicitaba del Hospital "Virgen de la Arrixaca" la historia clínica e informes de los facultativos que atendieron a la señora S. A., lo que fue cumplimentado por dicho Centro.

Por lo que se refiere al informe de 17 de diciembre de 2003, emitido por el Dr. N. L., se destaca lo siguiente:

"El día 28 de marzo de 2000 es ingresada por la Dra. F. O. a las 20.20 horas, con diagnóstico de pródromos de parto en la 36+3 semanas de gestación (FPP por ecografía del 24 de abril de 2000), realizándosele un estudio de bienestar materno-fetal previo a su ingreso: anamnesis, TA, temperatura, exploración (cuello semiborrado, posterior, grueso, permeable 2 dedos), presentación cefálica libre, amnioscopia y monitorización fetal que demuestra el bienestar materno fetal a su ingreso.

El día 29 de marzo de 2000, la Dra. P., médico residente, ordena un traslado a la sala de dilatación para estimulación de parto, por presentar dinámica de parto, 3 cms. de dilatación y presentación cefálica libre.

A las 12.30 horas, en la sala de dilatación se abre el partograma y se monitoriza a la gestante, presentando 3-4 cms. de dilatación y presentación libre. A las 13.30 horas, con una dilatación de 4 cms., dinámica instaurada y presentación libre-SES, las Dras. P. y M., médicos residentes de este Hospital, perfectamente capacitadas y autorizadas para ello, proceden mediante una serie de maniobras sobre el abdomen de la gestante al encajamiento de la cabeza fetal en el estrecho pélvico de la gestante y posterior amniorrexis con una lanceta, como siempre se hace; evitando así el riesgo de prolapso de cordón o desprendimiento de placenta, hechos que no se produjeron ya que en caso contrario se hubiese manifestado en la monitorización fetal.

A las 14.30 horas se produce una alteración de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que la matrona avisa al Dr. N. (el que suscribe), el cual, tras explorar a la gestante y con la presunción de evolución rápida del parto, sin abandonar en ningún momento a la gestante y continuamente monitorizada, realiza en paritorio a las 14.50 horas una PH metría fetal con una dilatación de 9 cms. y, con un resultado del PH de 6.94, indica cesárea urgente, objetivando tras ella un desplazamiento casi completo de la placenta, naciendo un varón de 3.700 grs. Apgar 4-7-7, que ingresa en Neonatología con el diagnóstico de asfisia fetoneonatal moderada y distress respiratorio".

TERCERO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, es emitido el 4 de marzo de 2004, en el cual, tras valorarse toda la documentación obrante en el expediente y realizar diversas consideraciones técnicas, se concluye:

"-Las Dras. P. M. y M. P. atendieron a Dña. M. D. S. A. sobre las 13.30 horas del día 29 de marzo de 2000, que hasta ese momento no había presentado alteraciones que evidenciaran

una complicación o evolución anormal del parto.

- La amniotomía es una práctica común en obstetricia, que se realiza para la inducción del trabajo de parto, y en este caso estaba indicada por la poca evolución del mismo, ya que desde las 20.30 horas del día anterior no había dilatado.

- Las primeras alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal aparecen media hora más tarde de la realización de la amniotomía, y no al mismo tiempo como se afirma en la reclamación.

- Al ingreso de la parturienta, no se evidencia ningún signo como para calificar el parto de alto riesgo. Dado que la presentación del feto era cefálica, el hecho de que en el parto anterior le realizaran una cesárea por malposición fetal, y dado que no había ningún otro signo de sospecha, no es suficiente para atribuirle esta consideración.

- Todos los argumentos expuestos por la reclamante para demostrar la mala praxis de las Dras. P. M. y M. P., basados en el informe pericial realizado previamente por la Dra. C. E. S., especialista en Obstetricia y Ginecología, fueron rebatidos por el informe pericial realizado por el Médico Forense.

Por todo lo expuesto anteriormente, no estimo que existiera mala praxis en la atención prestada durante el parto a Dña. D. S. A."

CUARTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, los reclamantes presentan un escrito en el que se ratifican en sus alegaciones iniciales, considerando que los hechos expuestos en la reclamación han quedado acreditados a través de la prueba documental practicada.

Por su parte, la Compañía de Seguros Z. presenta un extenso dictamen médico, emitido el 13 de julio de 2004 por los Dres. R. V. y B. C., ambos especialistas en Obstetricia y Ginecología (el primero, además, médico adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario "Gregorio Marañón", Sección de Fisiopatología Fetal y Embarazos de Alto Riesgo), en el que concluyen:

1. "El desprendimiento de placenta ocurre en un caso de cada 150-200 embarazos, siendo raro durante el parto.

2. De los factores de riesgo asociados al desprendimiento de placenta, en este caso no concurría ninguno de ellos.

3. La paciente ingresa sin que haya comenzado la fase activa del parto, es decir, por pródromos de parto, y por tener una cesárea previa, actitud correcta y adecuada a los actuales protocolos asistenciales.

4. Al ser evaluada al día siguiente se comprueban cambios en el cuello que demuestran inicio de fase activa del parto, pasando a paritorio; actitud obstétrica nuevamente correcta.

5. La rotura artificial de la bolsa se realiza cuando se debe hacer y como se debe hacer; en ningún caso ésta condiciona el inicio del desprendimiento de placenta.

6. La deceleración que se produce al romper la bolsa es provocada por el llamado síndrome supino-hipotensor (hipotensión materna con bradicardia fetal al estar la gestante boca-arriba), y en ningún caso es signo de sufrimiento fetal.

7. Las alteraciones en el registro cardiotocográfico comienzan a las 14.30 horas, consistentes en deceleraciones variables sin claros signos de hipoxia fetal.

8. La realización de un pH fue decisión correcta y acertada ante la presencia de dos deceleraciones variables atípicas (posiblemente relacionadas con hipoxia fetal) y su resultado justifica una cesárea urgente.

9. Durante la cesárea se comprueba un desprendimiento casi completo de la placenta.

10. No existieron signos clínicos ni síntomas premonitorios o indicativos de dicho desprendimiento.

11. El desprendimiento de más del 50% de la placenta se acompaña de una elevadísima mortalidad fetal.

12. El resultado neonatal adverso se produjo por lesiones hipóxicas severas relacionadas con el extenso desprendimiento placentario.

13. Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*, no existiendo indicios de mala praxis".

QUINTO.- Remitido este último dictamen a los reclamantes, el 24 de noviembre de 2004 presentan nuevo escrito en el que reiteran, en lo sustancial, las alegaciones deducidas con anterioridad.

SEXTO.- El 15 de diciembre de 2004 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por considerar, a la vista de los informes médicos aportados al procedimiento, que no se ha acreditado la existencia de una defectuosa asistencia sanitaria o mala praxis médica a la que deba imputarse el fallecimiento del hijo de los reclamantes.

SÉPTIMO.- Mediante oficio registrado el 23 de diciembre de 2004, el Secretario General de la Consejería de Sanidad, por delegación de la Consejera, solicita la emisión de nuestro preceptivo Dictamen, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios. A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, concurriendo con ello el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Procedimiento, legitimación, plazo de interposición y competencia para resolver el procedimiento.

I. A la vista de las actuaciones que constan en el expediente remitido, puede afirmarse que se ha cumplido sustancialmente lo exigido por la LPAC y el RRP para la tramitación de esta clase de reclamaciones.

II. La reclamación que nos ocupa ha sido interpuesta por persona legitimada, al tener el adecuado interés legítimo en la cuestión planteada.

III. La pretensión indemnizatoria ha sido ejercitada dentro del plazo de un año al que se refiere el artículo 142.5 LPAC.

IV. La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional y el órgano competente para resolver el procedimiento es la Consejera consultante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16, o) de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

TERCERA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama: inexistencia.

De los artículos 139.1 y 141.1 LPAC se desprende que la Administración Pública es responsable de los daños y perjuicios efectivos y evaluables económicamente que, causados por el funcionamiento de sus servicios públicos, los particulares no tengan el deber jurídico de soportar.

En el supuesto que nos ocupa, el título de imputación de responsabilidad aducido por los reclamantes contra el SMS es el de un anormal funcionamiento de los servicios regionales sanitarios, en su vertiente de una mala praxis médica en la asistencia previa al parto de la señora S. A.. A tal efecto, formulan las consideraciones que se consignaron en el Antecedente Primero, que se apoyan en un dictamen médico encargado por los interesados a una especialista en Ginecología y Obstetricia, en cuyas conclusiones (asimismo reseñadas en el citado Antecedente) se imputa a los servicios médicos del Hospital "Virgen de la Arrixaca" una

inadecuada praxis en el tratamiento de la paciente en cuestión.

Dicho informe fue analizado por la Inspección Médica del SMS, del que se destaca, además de sus propias consideraciones en orden a la no apreciación de defectuosa asistencia sanitaria, la que señala que el dictamen de 15 de abril de 2002 emitido en su día por la Médico Forense en las diligencias penales seguidas, confirma la inexistencia de mala praxis médica y contradice los argumentos del informe del perito de los reclamantes.

Dada la especial posición jurídica de imparcialidad legalmente atribuida al Médico Forense en los procesos penales, procede destacar de su dictamen los siguientes extremos (f. 97 a 106 exp.)

A) En cuanto a los hechos:

"Dña. M^a D. S. ingresó el día 28-3-00, a las 20,20 horas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del "H. V. de la Arrixaca" por presentar síntomas correspondientes a pródromos del parto de su segundo hijo. Como antecedentes obstétricos de la misma constan una gestación previa que culminó con cesárea por malposición fetal, naciendo una niña sana cinco años atrás, y la gestación última que motivó el referido ingreso, segundo embarazo cuya evolución, controlada por su tocólogo de zona, fue normal.

Al ingresar se abrió la correspondiente historia clínica con la recogida de la necesaria información (motivo de consulta, antecedentes obstétricos y patológicos, etc), realizándose exploración física y las pruebas complementarias pertinentes para comprobar el estado de la madre y del feto (ecografía, analítica, control de tensión arterial y temperatura, auscultación de frecuencia cardíaca fetal, etc.), con monitorización materno-fetal (cardiotocografía) sin que resultase signo alguno indicativo de anormalidad en la evolución del proceso del parto.

A la mañana siguiente, día 29-3-00, se efectuaron los preparativos habituales para el período activo del parto (rasurado, enema, etc.) iniciándose control cardiotocográfico (monitor, a partir de las 12 h.), así como de la evolución de la dilatación progresiva y de los planos de descenso y posiciones del feto, realizándose la rotura artificial de membranas (bolsa amniótica) a las 13,30, sin que consten alteraciones en la evolución del proceso del parto, hasta detectarse a partir de las 14,30 h. deceleraciones francas de la frecuencia cardíaca fetal reflejadas en el monitor, avisándose al ginecólogo, Dr. N. L., el cual, comprobando el empeoramiento de los signos del monitor durante los veinte minutos siguientes (14,50 h.), solicitó la prueba analítica del ph de la sangre fetal que resultó patológico (6,90), observando asimismo dicho facultativo que durante la realización de esta prueba la paciente comenzó a sangrar por vía vaginal, siendo trasladada al quirófano a las 15,10 h. para practicarle una cesárea urgente, la cual, según el protocolo quirúrgico obrante al f. 23 (Doc. 4), practicó el mismo especialista, figurando como ayudante la Dra. F. y como anestesista el Dr. T.. En dicha intervención se detectó la existencia de "abundantes coágulos" en el interior del útero y la "placenta desprendida casi en su totalidad", siendo el diagnóstico operatorio "CESÁREA URGENTE POR D.P.P.N.I" (Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normo-Inserta).

Respecto al niño, consta como hora de su nacimiento las 15,20 h. de ese mismo día, trasladándose al Servicio de Pediatría, siendo el diagnóstico de "asfixia neonatal por desprendimiento de placenta" con distress respiratorio, con empeoramiento progresivo de su estado clínico que requirió asistencia por la UCI Neonatal, diagnosticándose "neumonía espirativa de líquido amniótico sanguinolento, neumotórax izquierdo a tensión, shock por hipovolemia e hipoxemia miocárdica, hipertensión pulmonar secundaria, coma y, finalmente, crisis convulsivas que alcanzaron el grado de "status convulsivo" rebelde al tratamiento, sufriendo bradicardia intensa que desembocó en parada cardíaca irreversible con el subsiguiente fallecimiento en fecha 4-4-00, a pesar de todas las medidas terapéuticas administradas".

B) En cuanto al tratamiento médico dispensado:

"En el caso concreto de autos se aplicaron los medios necesarios para el adecuado control de la gestante y del feto atendiendo a la situación que presentaban en cada momento, a pesar de lo cual no se pudo evitar que el niño naciera con problemas asociados al sufrimiento fetal padecido y cuyas graves complicaciones concluyeron, desgraciadamente, con la muerte del mismo días después de su nacimiento, a pesar de todas las medidas terapéuticas administradas por los especialistas.

No hay que olvidar que el DPPNI puede desencadenarse de manera brusca e imprevisible, sin que las pruebas diagnosticadas de control de la paciente y del feto permitan, en ocasiones, detectarlo, y como en el presente caso, el diagnóstico de certeza se alcanza al practicar la cesárea y comprobar directamente que la placenta se encuentra desprendida en mayor o menor grado de su inserción en el útero. La monitorización feto-materna puede, como aquí ocurrió, mostrar signos de alteración de la frecuencia cardíaca fetal que en este caso fueron confirmados por el ginecólogo (ajustándose a los protocolos establecidos) practicando la prueba analítica del ph fetal procedente de una pequeña muestra de sangre obtenida del cuero cabelludo del feto, que en la actualidad se ha comprobado permite valorar su estado con mayor precisión cuando una gráfica del monitor indica un posible sufrimiento fetal.

Queda finalmente establecer, en relación con las cuestiones formuladas por la representación de Dña. M^a D. S. sobre la monitorización realizada a la paciente y al feto, una serie de precisiones que permitan aportar la mayor claridad posible sobre los hechos que se valoran:

a) Ante la posibilidad de que hubiera error o manipulación de las fotocopias practicadas a las gráficas de monitorización que obran en autos, esta perito obtuvo personalmente de la historia clínica de la paciente los registros originales de los cardiotocogramas que se le practicaron en los días veintiocho y veintinueve de marzo de dos mil, y han sido estos datos originales los que se han estudiado.

b) Respecto al registro del día 29-3-00, fecha en que tuvo lugar la cesárea urgente, se comprueba que se trata de una única tira de papel cuyo trazado de control (el superior corresponde al registro de la frecuencia cardíaca fetal -FCF- y el inferior al de las contracciones uterinas-CU-) es prácticamente continuo durante un período de 158 minutos aproximadamente (ritmo de registro habitual de 1 cm. por minuto, o lo que es igual, una cuadrícula por minuto), es decir, que tanto el feto como la madre fueron controlados mediante monitor durante aproximadamente dos horas y cuarenta minutos. Y se expresa que el trazado es "prácticamente continuo" porque realizando la lectura desde su inicio, alrededor de las 12 horas de la mañana (según el partograma consta que a las 12,30 estaba el monitor puesto), se comprueba, por orden de aparición de izquierda a derecha, la existencia de tan sólo dos interrupciones de la gráfica:

-La primera, tras un trazado normal, aparece muy poco después de donde el registro automático de la hora marca las 13,10 h., se trata de una interrupción de ambas gráficas (FCP y CU) que no supera los dos minutos, sin relevancia alguna.

-La segunda interrupción tiene lugar únicamente en el trazado superior correspondiente al feto, manteniéndose el control de las contracciones uterinas, y coincide con la palabra suscrita en rotulador negro "Electrodo". Es una pequeña interrupción, que no supera el minuto de duración, atribuible al momento en que se cambia el método de recogida de la FCF pasando éste de la pared abdominal de la madre a la aplicación de un electrodo en la cabeza fetal. Es éste un método que se emplea con frecuencia en la práctica obstétrica diaria por proporcionar resultados más detallados y precisos. Se aprecia en este momento un descenso de la FCF que se recupera en pocos minutos y que no tiene significación patológica.

c) Respecto a la discordancia existente en el marcador automático horario, siendo obvio que no

coinciden el ritmo normal del trazado (1cm. o cuadrícula por minuto) con las marcas horarias que debieran ajustarse a ese ritmo, la única respuesta lógica que cabe a esta perito es la de que el marcador horario automático de ese monitor pudiera estar averiado (no así el ritmo y tipo de registro materno-fetal, cuyos datos son compatibles con la información reflejada en el partograma obrante en autos al folio 32), debiendo señalarse que, conforme a lo observado en el trazado del monitor y en los datos del partograma, no se detecta la existencia de retraso injustificado en la atención médica prestada a la paciente, comprobándose en la historia clínica del recién nacido (datos de identificación del mismo, f. 34, 35, 38 de autos) que a las 15,20 h. de ese mismo día 29-3-00 el niño ya había sido extraído mediante la cesárea, y que, tras haberse adoptado las medidas necesarias para la confirmación de signos de sufrimiento fetal agudo, la paciente pasó al quirófano para dicha cesárea urgente a las 15,10 horas.

CONCLUSIÓN

De cuanto en el presente informe se ha desarrollado se extrae la siguiente conclusión médico-forense:

No se observa irregularidad alguna indicativa de malpraxis en la asistencia médica presentada a la paciente Dña. M^a D. S. A. con motivo del nacimiento de su hijo L. M. S."

A lo informado por la forense cabe añadir el detallado dictamen médico aportado por la entidad aseguradora del SMS, igualmente emitido por especialistas en Ginecología y Obstetricia, en el que rebaten las consideraciones y conclusiones de la perito de los reclamantes.

A la vista de lo anterior, resulta obligado para este Consejo Jurídico considerar que no se ha probado la existencia de una inadecuada asistencia médica a la señora S. A., lo que conduce a no poder apreciar un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS que pueda dar lugar a declarar la responsabilidad de la Administración regional por el fallecimiento del hijo de los reclamantes.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No se ha acreditado la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama. Por ello, la propuesta objeto del presente Dictamen se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.