



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **259/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de octubre de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 11 de enero de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **07/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de febrero de 2011 x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia, actuando en nombre y representación de x y de su esposo x, que intervienen a su vez en nombre y representación de su hija x, presenta una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), entonces vigente.

En la reclamación expone que el 17 de octubre de 2008 se encontraba su mandante en estado de gestación a término y que ingresó en el Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, porque presentaba contracciones uterinas.

Destaca, asimismo, que entre sus antecedentes obstétricos destacaba una cesárea anterior realizada por sospecha de pérdida de bienestar fetal, en el contexto de un parto inducido. El embarazo había sido controlado sin alteraciones.

Añade que se inició la monitorización cardiotocográfica a las 21:36 horas, que arrojó un resultado normal. A las 23:00 horas fue llevada a dilatación para valorar qué medida adoptar y la Dra. x decidió iniciar la estimulación del parto.

Manifiesta que a las 00:30 horas, ya en la madrugada del día 18, el cérvix estaba centrado, borrado y rígido. También relata que se procedió a la ruptura artificial de la bolsa amniótica y que fluyó líquido claro. Más adelante, a la 1:40 horas se le administró anestesia epidural. La dilatación era entonces de 3 cm.

Desde ese momento comenzaron a producirse alteraciones en el monitor, lo que motivó que sobre las 2:10 horas se interrumpiese la administración de oxitocina.

A las 2:00 horas la dilatación era de 4 cm y la presentación estaba en plano I.

A las 4:20 horas la dilatación era de 8 cm pero el plano seguía siendo I.

La siguiente exploración, según el partograma, tuvo lugar a las 6:00 horas, las condiciones obstétricas no habían variado con respecto a la exploración anterior (dilatación de 8 cm, plano I). Pero se advirtió la presencia de febrícula materna.

Según el registro de la monitorización, tuvieron lugar los siguientes hechos:

- A las 3:55 horas y a las 4:09 horas, se produjeron dos deceleraciones variables.
- Entre las 4:17 horas y las 4.21 horas presentó una bradicardia de más de 3 minutos, que llegó hasta los 80 l/pm.
- A las 4:24 y 4:26 presentó dos deceleraciones variables, que llegaron hasta los 100 l/pm.
- A las 4:42 y 4:44 presentó nuevas deceleraciones variables.
- A las 5:00 horas, una taquicardia mantenida de 180 l/pm, que terminó en una deceleración variable con caída hasta los 80 l/pm.
- A las 5:17 horas se produjo una bradicardia, con una caída de la frecuencia cardiaca fetal hasta los 80 l/pm.
- A las 5.26 horas se produjo una nueva bradicardia y cayó la frecuencia cardiaca fetal hasta los 90 l/pm-
- A las 5:55 horas consta que se indicó la práctica de un pH.
- A las 6:02 se inició una franca bradicardia que se mantuvo hasta las 6:10 horas, en que se terminó el registro

ecográfico. A las 6:05 horas la madre presentaba una saturación de oxígeno del 79%.

Según se indica en el partograma, a las 6:10 horas se ordenó la prueba de pH y a las 6.15 la cesárea por hipoxia materna severa brusca y RPBF (Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal).

De acuerdo con la hoja de anestesia, el anestesista fue avisado a las 6:20 horas por cesárea urgente. A las 6:30 horas, la paciente presentaba taquipnea, sudoración, ortopnea y cianosis con una saturación de oxígeno del 72%. Según esa misma hoja, la cesárea se inició a las 6:30 horas.

En la hoja de circulante se pone de manifiesto que la parturienta llegó al espacio de camas a las 6:30 horas.

Según se expone en la hoja de asistencia al parto, la niña x nació a las 6:30 horas. En dicha hoja se anotó que había sido reanimada por el pediatra, pero no consta el resultado del test de Apgar, ni los datos referentes a la reanimación ni a la exploración física de la recién nacida, que son datos que deberían haber sido consignados por el pediatra. Sí que se anotó que el pH de gases fue de 6,7.

Sin embargo, en el informe de alta de Neonatología sí que se hace constar un Apgar 5/7/8, y el tipo de reanimación. En un informe intermedio del mismo Servicio se recoge que el pH del cordón fue de 6,7.

El letrado añade que, a pesar de que a la hora de vida presentó movimientos de chupeteo e hipertensión de miembros que fueron etiquetados de convulsiones neonatales, el diagnóstico de alta fue de *"pérdida de bienestar fetal leve"*, y que pudo marchar a su domicilio el siguiente día 30 de octubre de 2008. En el apartado relativo a la revisión consta que *"Por su pediatra que lo remitirá a este Hospital si observa alguna alteración del desarrollo psicomotor"*.

Pone de manifiesto, asimismo, que como ya se preveía, dado que bajo pH que presentaba al nacer, fue remitida por su pediatra al Servicio de Neuropediatría del Hospital mencionado, e hizo constar que la niña presentaba retraso psicomotor secundario a factores etiológicos perinatólogicos. También expone que en un informe del Servicio de Pediatría-Sección de Neurología infantil, fechado el 6 de junio de 2010, se diagnosticó que padecía encefalopatía hipóxico-isquémica de origen perinatal.

El 11 de marzo de 2010 se le reconoció un grado de discapacidad del 76%, por una encefalopatía con origen en un sufrimiento fetal.

Por lo tanto, considera el representante de los interesados que existe una relación de causalidad adecuada y suficiente entre el hecho que determina el perjuicio y éste mismo, y destaca que el daño producido por la hipoxia se habría evitado con una actuación diligente y ajustada a normopraxis, si se hubiera interpretado adecuadamente el monitor en relación con la evolución del parto, primero, y si se hubiera realizado la cesárea sin demora, tan pronto como se hubieran iniciado los problemas maternos, después. De manera concreta, alega:

a) Que el parto no evolucionaba correctamente, pues la presentación no descendía por el canal del parto, manteniéndose permanentemente en plano I.

b) Que desde las 4:00 horas se estuvieron presentando deceleraciones variables, lo que unido a la falta de progresión del parto debió haber llevado a la práctica de la cesárea.

c) Que, en cualquier caso, ante unas deceleraciones variables estaba indicada la práctica de una prueba de pH, sin tener por qué esperar a las 6:15 horas.

d) Que se produjo un defectuoso control de la parturienta, dado que no consta que se le explorara desde las 2:00 horas. Cuando se produjo la insuficiencia respiratoria aguda a las 6:00 horas no se indicó la cesárea urgente hasta las 6:20 h. Por esa razón, dejaron que transcurrieran 20 minutos que eran esenciales para mantener la salud de la niña.

En relación con la valoración de la indemnización que solicita manifiesta que lo lleva a cabo con arreglo a lo que se dispone en el Sistema para la Valoración de los Daños Corporales sufridos en Accidentes de Circulación, en su actualización para el año 2010.

Lo anterior se traduce en las siguientes sumas indemnizatorias:

I. Por lesiones permanentes, la suma de 327.956,50 euros:

1. Secuelas funcionales: 95 puntos, a 3.080,45 euros, 292.642,75 euros.
2. Perjuicio estético: 25 puntos, a 1.412,55 euros, 35.313,75 euros.

II. Factores de corrección sobre lesiones permanentes, 818.502 euros.

1. Daños morales complementarios, 86.158 euros.
2. Incapacidad permanente absoluta, 172.316 euros.
3. Necesidad de ayuda de tercera persona, 344.633 euros.
4. Adecuación de vivienda, 86.158 euros.
5. Perjuicios morales de familiares, 129.237 euros.

III. Como consecuencia de sus secuelas, la niña necesita para desarrollar una vida digna incurrir en elevados gastos fijos, por lo que solicita asimismo una renta vitalicia de 1.800 euros mensuales para ella, destinados a

sufragar todos esos gastos. Esa percepción se deberá actualizar automáticamente el 1 de enero de cada año con arreglo al incremento que experimente el Índice de Precios al Consumo (IPC).

Por lo tanto, ello hace un total de un millón ciento cuarenta y seis mil cuatrocientos cincuenta y ocho euros y cincuenta céntimos (1.146.458,50 euros), más la renta vitalicia de 1.800 euros mensuales actualizable automáticamente.

Acerca de los medios de prueba de los que pretende valerse, se propone la documental consistente en los aportados junto con la solicitud de indemnización y las historias clínicas de la reclamante y de su hija.

Con la reclamación se adjunta una copia de la escritura de apoderamiento conferido a favor del letrado actuante; las copias de las historias clínicas antes mencionadas, y las copias de la Resolución de reconocimiento del Grado de Discapacidad dictada por el Director Gerente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) el 11 de marzo de 2010 y del Dictamen Técnico Facultativo emitido por el Equipo de Valoración y Orientación con esa misma fecha.

SEGUNDO.- El día 8 de marzo de 2011 se solicita a la Gerencia del Área I de Salud que remita una copia de la historia clínica de la reclamante y de la de su hija y los informes de los profesionales que le atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización. De igual forma, se demanda que se emita un informe en el que se concrete la fecha en la que se diagnosticó de forma definitiva la encefalopatía hipóxico isquémica que padece la menor.

TERCERO.- El 5 de mayo de 2011 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- Con esa misma fecha de 5 de mayo se recibe una comunicación del Director Gerente del Área I de Salud con la que aporta copias de las historias clínicas de la reclamante y de su hija y una copia de la documentación clínica obrante en el programa de gestión clínica SELENE, del Servicio de Análisis Clínicos, Hematología y Medicina Nuclear, correspondiente a la historia de la menor.

De igual forma, adjunta el informe realizado el 19 de abril de 2011 por el Jefe de Sección de Neuropediatría, el Dr. x, en que expone lo siguiente:

"La paciente (...) ha sido atendida en sucesivas ocasiones por la Sección de Neuropediatría del Hospital U. Virgen de la Arrixaca de Murcia, que cronológicamente se corresponde como a continuación se indica:

1º.- El 29.12.2008 es atendida por primera vez con once días de vida a solicitud de la Sección de Neonatología del mismo Hospital, ante la existencia de antecedentes de hipoxia isquemia cerebral perinatal. La valoración clínica, ecográfica cerebral y electroencefalográfica fue normal, concluyendo con el juicio clínico de normalidad neurológica en la actualidad.

2º.- El 02.11.2009 y por tanto con 12½ meses de vida, se realiza una nueva valoración en la Consulta Externa de Neuropediatría, considerando tras la oportuna exploración clínica la existencia de datos que permiten concluir con el juicio clínico de una encefalopatía de intensidad severa y con predominio de afectación de los parámetros motrices.

3º.- En sucesivas valoraciones por la Sección de Neuropediatría, y tanto por los hallazgos clínicos como por los resultados de las pruebas complementarias realizadas, se confirma la existencia de una Encefalopatía crónica etiológicamente relacionada con la Hipoxia-Isquemia antes referida.

4º.- A la solicitud planteada en la NOTA INTERIOR (...) sobre la fecha concreta en la que se diagnosticó de forma definitiva la encefalopatía hipóxico isquémica a la recién nacida, debe especificarse que el fenómeno de hipoxia-isquemia es un hecho objetivamente demostrado al nacer, como queda constancia en la Hª Clínica y se refleja en los controles analíticos y en los datos biológicos que allí se expresan.

5º.- La posterior aparición de una encefalopatía por tal motivo, debe entenderse como una probable secuela de dicha circunstancia, de forma que puede aparecer con mayor o menor prontitud e incluso con diferente intensidad, de forma que poder especificar el momento de aparición no es posible decirlo, ya que se hace una valoración de la evolución de los diferentes parámetros madurativos y se realizan exploraciones clínicas que puedan determinar existe una malfunción del SNC (sistema nervioso central), constando en la Hª Clínica de esta Sección realizada en la Consulta Externa el 02.11.2009 datos suficientemente sólidos como para establecer el juicio diagnóstico de Encefalopatía crónica no progresiva secundaria a hipoxia-isquemia cerebral perinatal, corroborando con las pruebas complementarias posteriormente realizadas y confirmado sin duda alguna con la evolución de la paciente, tal y como queda reflejado en las diferentes revisiones practicadas.

6º.- Por tanto no es posible datar con exactitud la fecha solicitada, aunque queda expresado el juicio clínico de sospecha de la Encefalopatía crónica no progresiva secundaria a hipoxia-isquemia cerebral perinatal, en la visita del 02.11.2009, aunque el que no conste en las visitas anteriores no traduce que la enfermedad se inicie en dicha fecha, sino que con anterioridad no había datos objetivos que ya permitieran confirmarlo".

También acompaña el informe elaborado por la Dra. x, en el que se pone de manifiesto lo que sigue:

"La paciente (...) acude a la puerta de Urgencias Maternal el día 17/10/08 a las 19.00 horas por presentar dinámica uterina estando gestante de 40 semanas, con el antecedente de una cesárea anterior por riesgo de pérdida de bienestar fetal tras inducción del parto por embarazo en vías de prolongación. Se procede a la exploración de la paciente estando con condiciones obstétricas favorables (cérvix posterior, rígido, borrado 50%, 2 cm de dilatación, bolsa íntegra y presentación cefálica) y posteriormente se realiza un registro cardiotocográfico que es satisfactorio y se objetiva dinámica uterina regular por lo que se decide ingreso en planta con el diagnóstico de pródromos de parto. A las 21.45 horas la paciente pasa a la sala de dilatación para decidir conducta por referir dinámica más intensa a pesar de no haber iniciado aún período activo de parto y se procede a la monitorización continua. A las 23.00 horas se indica estimulación con oxitocina. A las 0.30 horas del día 18/10/08 la paciente está con el cervix borrado y 3 cm de dilatación por lo que se procede a la amniorrexia tras la cual fluye LA (líquido amniótico) claro. A las 1.40 horas se administra analgesia epidural. A las 2.00 horas la paciente está con 4 cm lo que indica que el período de dilatación evoluciona con normalidad no deteniéndose la progresión del mismo en ningún momento. A las 6.00 horas la paciente tiene una Tª de 37.6°C (no se considera fiebre por debajo de 38°C),

está con 8 cm de dilatación y el registro CTG (cardiotocografía) presenta deceleraciones variables con buena variabilidad y reactividad fetal, considerándose oportuno la determinación del pH fetal a las 6.10 horas. En ese momento la paciente inicia bruscamente un cuadro de insuficiencia respiratoria con taquipnea, sudoración, ortopnea y cianosis con saturación de oxígeno del 72% por lo que coincidiendo con la hipoxia materna se produce un deterioro del bienestar fetal. Ante la sospecha de embolismo de LA y el riesgo de pérdida del bienestar fetal se practica una cesárea urgente. Hay que hacer hincapié en que la indicación del pH es a las 6.10 h, la indicación de la cesárea a las 6.15 h y la hora a la que nace la niña es a las 6.30 h (15 minutos después) teniendo en cuenta que la paciente debió ser estabilizada previamente, trasladada de la sala de dilatación al quirófano de urgencias e intubada previa a la cirugía.

En respuesta a las acusaciones que plantea la demandante me gustaría aclarar:

- Que el parto evoluciona satisfactoriamente puesto que la dilatación no se detiene más de 3 horas en el tiempo. El hecho de que la presentación no descienda del I plano se considera normal ya que la presentación fetal desciende en el canal del parto una vez alcanzada la dilatación cervical completa (período expulsivo) y no antes.

- Que el control de la paciente es adecuado puesto que sí constan en el partograma 3 exploraciones a partir de las 2.00h: 2.40h, 4.20h y 6.00h.

- Que el cuadro de deterioro materno (insuficiencia respiratoria de inicio brusco con taquipnea, sudoración, ortopnea y cianosis) comenzó entre las 6.10 h y 6.15h como queda reflejado en el partograma. Se indica la cesárea a las 6.15 h y se realiza sin demora hecho que queda claro dado que la hora de nacimiento de la niña es a las 6.30 h (15 minutos después), a pesar de la necesaria estabilización, posterior traslado al quirófano e intubación de la paciente previa a la realización de la misma.

- Que la indicación del pH fue a las 6.10 h y no antes puesto que la presencia en el registro CTG de deceleraciones variables es sugerente de RPF y por tanto indicación de pH fetal sólo en los siguientes casos (Protocolo SEGO -Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-):

Deceleraciones variables ligeras o moderadas durante más de 30 minutos con alguna de las siguientes características:

- Disminución de la FCF (frecuencia cardiaca fetal) de 70 latidos/min o descenso hasta 70 latidos por minuto durante > 60 segundos.

- Recuperación lenta de la línea de base.

- Variabilidad < 5 latidos/min.

- *Deceleración en forma de W.*

- *Ausencia de aceleración previa o posterior.*

- *Ascenso secundario prolongado.*

- *Que la hipoxia materna conlleva hipoxia fetal, y por tanto el daño que presenta la niña es probablemente debido a la patología de inicio brusco que presentó la madre. Es imposible realizar una cesárea en menos tiempo una vez iniciado el cuadro materno de sospecha de embolismo de LA".*

Finalmente, aporta un informe realizado el 30 de marzo de 2010 por el Dr. x, pediatra adscrito a la Sección de Neonatología del referido hospital.

QUINTO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 10 de mayo de 2011 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la petitionería junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

SEXTO.- Mediante comunicaciones fechadas el citado 10 de mayo se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

SÉPTIMO.- El 24 de mayo de 2011 se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

OCTAVO.- Obra en el expediente administrativo un dictamen médico aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado el 15 de septiembre de 2011 de manera colegiada por tres médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología. En ese documento se contiene un resumen de los hechos, se exponen ciertas consideraciones médicas y se formulan las siguientes conclusiones:

"1. Se trata de un caso de retraso psicomotor y tetraparesia espástica secundarios a una encefalopatía hipóxico-isquémica en el contexto de una embolia de líquido amniótico.

2. El control del parto fue adecuado. La paciente estuvo monitorizada constantemente. La dilatación evolucionó de manera correcta.

3. Se indicó de forma correcta la realización de un pH intraparto para comprobar el estado de bienestar fetal cuando el registro cardiotocográfico comenzó a empeorar. Dicha prueba no se pudo realizar por el empeoramiento clínico materno que se acompañó de una bradicardia fetal en el monitor.

4. La embolia de líquido amniótico es una enfermedad infrecuente, impredecible y no prevenible, que se asocia con elevados índices de mortalidad materno-fetal y con graves secuelas neurológicas entre las supervivientes.

5. La actuación de los facultativos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca se ajustó a la Lex Artis ad hoc no apareciendo datos de mala praxis, negligencia ni omisión de actuaciones o medios".

NOVENO.- Con fecha 18 de abril de 2016 se recibe el informe realizado por la Inspección Médica el día 6 de ese mismo mes.

No obstante, al haberse detectado un error mecanográfico en el texto, se remite el 31 de mayo siguiente un nuevo informe valorativo que sustituye al anterior. En ese documento se relatan los hechos acontecidos, se formula un juicio crítico y se expresan las siguientes conclusiones:

"1. Se trata de una niña con retraso psicomotor y tetraparesia espástica secundarios a una encefalopatía hipóxico isquémica, en el contexto de una embolia de líquido amniótico.

2. El embolismo de líquido amniótico, proceso imprevisible y no prevenible, es el evento hipóxico centinela y por tanto la causa más probable de la hipoxia fetal.

3. La atención al parto fue adecuada. El proceso de dilatación no se detuvo más de 3 horas, tiempo necesario para considerar el parto detenido. El hecho de que la presentación de no descienda del I plano hasta que se alcanza la dilatación cervical completa (período expulsivo) se considera normal.

4. El control de la paciente se ajustó a las recomendaciones del documento de consenso de la SEGO sobre asistencia al parto, constando en el partograma las exploraciones tras la anestesia epidural a las 2:00h, 2:40h, 4:20h y 6h. La paciente estuvo monitorizada constantemente.

5. El registro CTG muestra un patrón indeterminado, no patológico, con deceleraciones variables recurrentes pero con variabilidad y reactividad fetal. Las deceleraciones se hacen más frecuentes y profundas por lo que se indicó a las 6:10 según partograma la realización de pH fetal.

6. No se pudo realizar la pHmetría por el inicio en la madre de un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda debida a embolia de líquido amniótico, que se acompañó de bradicardia fetal y que llevó a la indicación de cesárea a las 6:15 realizándose la misma a las 6:30.

7. La actuación de los facultativos se ajustó a la buena práctica médica sin evidencia de mala praxis".

DÉCIMO.- Con fecha 8 de junio de 2016 se confiere a la parte reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes, si bien no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- Con fecha 20 de diciembre de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que se presentó fuera de plazo y por no haberse acreditado la necesaria relación de causalidad entre el daño reclamado y la asistencia prestada por los facultativos del Servicio Murciano de Salud.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 11 de enero de 2017.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa

anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. En relación con los daños derivados de la deficiente asistencia sanitaria en el parto que se alega, se reconoce a los padres reclamantes la condición de interesados para solicitar una indemnización por los daños que se les haya podido inferir a ellos y a su descendiente, ya que en relación con ese último tipo de perjuicios ostentan la representación legal de su hija menor de edad de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil. A pesar de que no se acredita convenientemente esa condición mediante la aportación de una copia compulsada del Libro de Familia, ese hecho se deduce de la documentación que obra en el expediente administrativo.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP puesto que se ha esperado cinco años -de manera innecesaria, por lo que seguidamente se dice acerca de la prescripción de la acción- a que la Inspección Médica evacuara su informe.

TERCERA.- Sobre la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Con carácter inicial resulta necesario determinar si la acción de resarcimiento se interpuso dentro del plazo anual que contempla el artículo 142.5 LPAC, que dispone que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En consecuencia, resulta necesario recordar, de acuerdo con lo que se explica en el informe del Dr. X, Jefe de Sección de Neuropediatría del Hospital Virgen de la Arrixaca (Antecedente cuarto de este Dictamen), que el fenómeno de hipoxia-isquemia es un *"hecho objetivamente demostrado al nacer"*, perfectamente conocido por los interesados y por el personal médico que asistió el parto, del que existe constancia en la historia clínica y al que se hace alusión en los controles analíticos y en los datos biológicos que allí se contienen.

Otra cuestión distinta es que la posible aparición de una secuela causada por esa circunstancia sea un hecho posterior, que pueda aparecer con mayor o menor prontitud e incluso con diferente intensidad, según los casos.

De hecho, la hija de los reclamantes fue atendida por vez primera con once días de vida, el 29 de diciembre de 2008, ante la existencia de esos antecedentes de hipoxia isquemia cerebral perinatal, a solicitud de la Sección de Neonatología del mismo Hospital. En ese momento, la valoración clínica, ecográfica cerebral y electroencefalográfica fue normal, por lo que se emitió un juicio clínico de normalidad neurológica. Así pues, no se obtuvieron entonces datos que permitieran alcanzar la conclusión de que padeciera alguna afectación neurológica.

No obstante, tiempo más tarde, el 2 de noviembre de 2009, se le realizó una nueva valoración en la Consulta Externa de Neuropediatría y se consideró en ese momento, después de realizar la oportuna exploración clínica, que existían evidencias que permitían emitir el juicio de que la menor padecía una encefalopatía de intensidad severa, con afectación de los parámetros motrices. A juicio del mencionado facultativo, en ese momento existían datos suficientemente sólidos como para establecer el juicio diagnóstico de encefalopatía crónica no progresiva secundaria a hipoxia-isquemia cerebral perinatal, que fue corroborado por las pruebas complementarias que se le efectuaron con posterioridad y confirmado, sin duda alguna, por la evolución de la paciente, tal y como queda reflejado en las diferentes revisiones practicadas.

Una vez que se han sentado esos elementos fácticos hay que apuntar que, en relación con el análisis del cómputo del plazo de prescripción, resulta fundamental la determinación del momento concreto en que se debe considerar que comenzó a transcurrir o *dies a quo* y, a tal efecto, este Consejo Jurídico ha acogido tanto la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo como la consolidada doctrina consultiva que reconocen que rige en este ámbito el principio de la *actio nata* (*actio nondum nata non praescribitur*) recogido en el artículo 1969 del Código Civil, según el cual el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo interponerse, es decir, cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y el de su carácter ilegítimo.

De acuerdo con ello, el momento en el que se inicia el cómputo debe situarse en aquél en el que se produzca la curación o la estabilización de los efectos lesivos y se conozca el alcance del quebranto que se ha provocado en la salud del reclamante. Para conseguir esa determinación, la jurisprudencia del Alto Tribunal antes mencionado ha venido distinguiendo entre daños permanentes, es decir, aquellos en los que el acto generador se agota en un momento concreto y el resultado lesivo resulta inalterable, y daños continuados, que son los que se producen día a día, de manera prolongada y sin solución de continuidad.

Para este segundo tipo de daños, es decir, los continuados, el plazo para reclamar no empieza a contar sino desde el día en que cesan los efectos o en el que se conozcan definitivamente las consecuencias de la lesión. Por el contrario, respecto de los daños permanentes se considera como *dies a quo* aquél en el que se conocen los daños, con independencia de que resulten irreversibles e incurables -aunque no intratables- dado que las secuelas son previsibles en su evolución y determinación.

Como acertadamente se argumenta en la propuesta de resolución que aquí se conoce, en el caso de la niña Jimena se estaría ante un supuesto de daño permanente, por lo que se ha de entender como *dies a quo*, o momento en que empezó a transcurrir el plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento, la fecha en la que se emitió el diagnóstico de encefalopatía, esto es, el 2 de noviembre de 2009, ya que entonces los reclamantes se encontraron en condiciones de poder plantear adecuadamente la reclamación (*actio nata*), pues conocían la realidad del daño que se había podido producir y su alcance o extensión.

Por ese motivo, el plazo para presentar la reclamación expiró ese mismo día 2 de noviembre pero del siguiente año 2010 y, dado que la solicitud de indemnización se presentó el 28 de febrero de 2011, resulta evidente que se presentó con exceso fuera del plazo de un año previsto en la LPAC y por ello, de manera extemporánea, por lo que sólo procede su desestimación.

También se dice en la propuesta de resolución que, a mayor abundamiento, consta en el expediente que el 11 de

noviembre de 2009 se entregaron a los reclamantes copias de las historias clínicas de la interesada y de su hija, lo que puede constituir un indicio de que se estaba estudiando entonces la posibilidad de presentar una reclamación.

Por último, aunque no se ha planteado expresamente en relación con este caso, conviene recordar que los interesados aportaron con su escrito la copia de la Resolución de reconocimiento del grado de discapacidad dictada por el Director Gerente del IMAS el 11 de marzo de 2010, lo que pudiera sugerir que pudieron considerar que la fecha de esa declaración administrativa servía de base para determinar el *dies ad quem* o el último día válido para pedir la indemnización.

Sin embargo, este Consejo Jurídico, al amparo de una consolidada doctrina consultiva, ha rechazado en numerosas ocasiones que pueda entenderse como *dies a quo* ninguna fecha relacionada con la resolución administrativa de discapacidad, por cuanto considera que esa declaración no hace sino constatar una situación fáctica que ya existía con anterioridad, por lo que no puede equipararse con un acto de determinación del alcance de las secuelas.

Sin perjuicio de lo que se ha expuesto, y dado que se han traído al procedimiento dos informes que analizan la práctica médica desarrollada, conviene efectuar algunas consideraciones acerca del fondo del asunto que, asimismo, conducen a tener que rechazar la existencia de la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

CUARTA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

QUINTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto más arriba, los reclamantes solicitan una indemnización de 1.146.458,50 euros, más una renta vitalicia mensual de 1.800 euros para su hija, porque consideran que la encefalopatía que se le provocó por la hipoxia isquémica que se produjo se habría evitado: a) si se hubiera interpretado adecuadamente la información proporcionada por el monitor en relación con la evolución del parto, y b) si se hubiera realizado la cesárea sin demora, tan pronto como comenzaron los problemas maternos.

A pesar de las imputaciones que realizan, los interesados no han acompañado su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que las avale. En este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, dispone que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento el informe valorativo realizado por la Inspección Médica y un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, en los que se ofrece respuesta a las concretas alegaciones formuladas por los peticionarios.

a) Así, frente a la afirmación de que el parto no evolucionaba correctamente, dado que la presentación no descendía por el canal del parto, manteniéndose permanentemente en plano I, se expone en el informe de la Inspección Médica (Conclusión 3ª) que el proceso de dilatación no se detuvo más de tres horas, que es el tiempo necesario para considerar que el parto se ha detenido. Además, se añade que el hecho de que la presentación no descienda del I plano hasta que se alcanza la dilatación cervical completa (período expulsivo) se considera normal.

De hecho, en la Guía Clínica al Parto Normal editada por la SEGO se define como "fase latente" el período del parto que transcurre entre su inicio y los 4 cm de dilatación. Por otra parte, se denomina "fase activa" al lapso de tiempo que discurre entre los 4 y los 10 cm y se aclara que el promedio de duración en multiparas es de 5 horas, aunque es probable que dure más de 12.

En este caso, se trataba de una gestante multipara que no llegó al periodo expulsivo, que es aquella etapa que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y aquél en el que se produce la expulsión final. A las 2:00 horas presentaba la interesada 4 cm de dilatación y a las 6:00 horas tenía 8. Es decir, habían transcurrido 4 horas, lo que se considera normal. La dilatación no se había detenido más de 3 horas porque era de 8 cm a las 4.20 horas y lo mismo a las 6:00 horas.

Por ello, en ese informe se ratifica lo que expuso la Dra. X en su informe (Antecedente cuarto de este Dictamen) cuando manifestó *"Que el parto evoluciona satisfactoriamente puesto que la dilatación no se detiene más de tres horas en el tiempo. El hecho de que la presentación fetal no descienda del I plano se considera normal ya que la presentación fetal desciende en el canal del parto una vez alcanzada la dilatación cervical completa (período expulsivo) y no antes"*.

Unas consideraciones similares se contienen en el informe médico pericial y en su Conclusión 2ª.

Además, acerca de que después de la administración de la anestesia epidural se comenzaron a producir alteraciones en el monitor y que ello motivó que se interrumpiese la administración de oxitocina, se explica en el informe de la Inspección Médica que a las 2.00 horas se le administraron a la parturienta 5 unidades de oxitocina, pero que se interrumpió porque apareció una deceleración al reiniciar la cardiotocografía. Seguidamente, se registraron deceleraciones variables aisladas y se recuperó la frecuencia cardíaca, de modo que a las 3:40 horas, con una variabilidad normal y reactividad fetal normal, se volvió a poner la analgesia.

Por lo tanto, entiende la Inspectora que la actuación fue correcta y que ante las alteraciones que se habían advertido en la cardiotocografía se adoptaron medidas para corregirlas, de modo que se consiguió la recuperación del trazado normal.

b) Sobre el hecho de que desde las 4:00 horas se estuvieron presentando deceleraciones variables, lo que unido a la falta de progresión del parto debió haber llevado a la práctica de la cesárea, y en relación con que c), en cualquier caso, ante unas deceleraciones variables estaba indicada la práctica de una prueba de pH, sin tener por qué esperar a las 6:15 horas, también se ofrecen respuestas en los dos informes médicos a los que se viene haciendo alusión.

En el de la Inspección Médica se considera (Conclusión 5ª) que se estuvo en presencia de un *"trazado tipo II (sospechoso) con un patrón indeterminado, con deceleraciones variables recurrentes, algunas prolongadas pero con variabilidad y reactividad fetal buena y que se indicó el pH cuando las deceleraciones se volvieron más profundas y frecuentes"*.

Ello confirma lo que manifestó la Dra. x en su informe, según el cual *"... el registro CTG presenta deceleraciones variables con buena variabilidad y reactividad fetal..."*.

Aclara la Inspectora que entre las 4:17 y las 4:21 horas, más que ante una bradicardia, se habría asistido a una deceleración prolongada, no mayor de 3 minutos, y resalta que se produjo una recuperación posterior. También entiende que se indicó correctamente la prueba de pH a las 6:10 horas, al seguir apareciendo deceleraciones variables recurrentes, con variabilidad y reactividad fetal, que hicieron más frecuentes y profundas a las 5:17 horas, 5:25 horas y 5:37 horas. Y añade la Inspección que *"En caso de plantearse que tras la última deceleración prolongada en vez de indicar el PH a las 6:10 y se podía haber indicado ya la cesárea no tiene trascendencia porque se indicó 5 min. después ante la urgencia respiratoria de la madre"*.

Por su parte, los peritos médicos explican en su informe que para que se produzca una bradicardia ha de existir un descenso de la frecuencia cardíaca fetal durante más de 10 minutos y que esa situación sólo tuvo lugar en el momento en que se produjo la insuficiencia respiratoria de la interesada, por lo que se indicó la realización de la cesárea.

Además, consideran que la indicación de realizar el pH fue una decisión totalmente correcta, aunque no se pudiera llevar a cabo como consecuencia de la cínica respiratoria que presentó la madre de forma brusca y de todo imprevisible.

d) En relación con la imputación de que se produjo un defectuoso control de la parturienta, dado que no consta que se le explorara desde las 2:00 horas y que cuando se produjo la insuficiencia respiratoria aguda a las 6:00 horas no se indicó la cesárea urgente hasta las 6:20 horas, considera la Inspección Médica que la dilatación progresó adecuadamente; que no se considera fiebre la temperatura por debajo de 38°C; que se realizaron tactos vaginales a las 2:00 horas, a las 2:40 horas, a las 4.20 horas y a las 6:00 horas, lo que entra dentro de la normalidad, ya que resulta suficiente hacerlos cada 2 o 4 horas o cuando el equipo obstétrico lo crea conveniente. Por ello, considera la Inspectora (Conclusión 4ª) que el control de la paciente se ajustó a las recomendaciones del documento de la SEGO.

También recuerda que esa Sociedad médica aconseja que, en caso de urgencia, el parto se produzca en un período máximo de media hora y que en esta ocasión se realizó sin demora, ya que se indicó a las 6:15 y la niña nació a las 6:30 horas. Ello viene a confirmar, sin duda, lo que también expuso la Dra. x en su informe de que se indicó la cesárea a las 6.15 horas y que se realizó sin demora, lo que se acredita por la circunstancia de que la niña nació a 6.30 horas (15 minutos después), a pesar de la necesaria estabilización, posterior traslado al quirófano e intubación de la paciente previa a la realización de la misma. Como señala *"Es imposible realizar una cesárea en menos tiempo una vez iniciado el cuadro materno de sospecha de embolismo de LA"*.

Por último, conviene destacar que en los dos informes citados se explica en qué consiste una embolia de líquido amniótico. Así, en el informe de la Inspección Médica se expone que es una de las condiciones más devastadoras de la práctica obstétrica, con una incidencia aproximada de 1 caso por cada 40.000 partos y una tasa de mortalidad informada que va del 20 al 60%. La mayor parte de los casos ocurren cercanos a la cuadragésima semana de gestación y se inician durante el trabajo de parto y previo al nacimiento en el 70% de las parturientas.

La fisiopatología parece implicar una respuesta maternal anormal a la exposición al tejido fetal, asociada a rupturas de la barrera fisiológica materno fetal durante el parto. Hasta el momento, este tipo de embolia se considera impredecible y no prevenible. El diagnóstico de la embolia de líquido amniótico es clínico, y suelen concurrir elementos como hipotensión, hipoxia y coagulopatía, aunque se destaca que la expresión de este síndrome es variable.

Se explica asimismo que si feto no ha nacido y tiene una edad gestacional viable, está indicado el parto de emergencia, ya que puede mejorar los efectos en el recién nacido y no pondrá en peligro la recuperación materna.

Destaca la Inspectora que en este caso el síntoma predominante fue la insuficiencia respiratoria y el diagnóstico fue de *"Embolia de líquido amniótico sin coagulopatía, pero con disfunción pulmonar y leve disfunción ventricular transitoria"*.

A juicio de la Inspección Médica, por tanto, la indicación de cesárea de urgencia fue correcta pese a lo cual la niña presentó una encefalopatía hipóxico-isquémica. La actuación profesional fue diligente consiguiendo que la evolución materna fuera favorable.

Por su parte, los peritos médicos destacan que la embolia de líquido amniótico es una enfermedad infrecuente,

impredecible y no prevenible. También resaltan la severidad de su curso clínico y exponen en su informe que cuando la embolia referida es sintomática está asociada a una alta mortalidad, que llega al 61-86%, y con graves secuelas neurológicas entre las supervivientes (Conclusión 4ª).

Asimismo explican que el cuadro clínico característico es de *shock*, insuficiencia respiratoria aguda y convulsiones, aunque no siempre se presenta completo. Añaden que resulta lógico pensar que la repercusión hemodinámica y respiratoria en la madre que conlleva el embolismo repercute en el feto, que estará sometido a una hipoxia de mayor o menor gravedad dependiendo del estado de gravedad de la madre.

Por esa razón, entienden que se debe contemplar una posible relación entre el embolismo de líquido amniótico con una posible situación de hipoxia fetal y encefalopatía secundaria. En el mismo sentido, la Dra. x expuso en su informe *"Que la hipoxia materna conlleva hipoxia fetal, y por tanto el daño que presenta la niña es probablemente debido a la patología de inicio brusco que presentó la madre"*.

De lo expuesto se deduce que la asistencia que se dispensó a la reclamante durante el parto de su hija se ajustó a la buena práctica médica (Conclusión 7ª del informe de la Inspección Médica y 5ª del informe pericial) sin que se muestre evidencia alguna de comportamiento negligente o de una posible omisión de actuaciones o de medios. Por lo tanto, además de que la acción se encontraba prescrita cuando se interpuso, la desestimación de la reclamación resultaría procedente porque no se puede considerar que exista alguna relación de causalidad entre el daño neuronal sufrido por la menor y el funcionamiento del servicio público sanitario. De manera contraria, se debe entender que la grave afectación que padece tuvo su origen en la embolia de líquido amniótico que sufrió la reclamante, que es una enfermedad impredecible y no prevenible de ningún modo.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se debe considerar prescrita la acción de indemnización interpuesta ya que en el momento en el que se presentó la reclamación había transcurrido en exceso el plazo de un año que se contempla en el artículo 142.5 LPAC, argumento que debe recogerse expresamente en la resolución que ponga fin al procedimiento como causa principal de desestimación de la pretensión resarcitoria.

SEGUNDA.- En cualquier caso, y en cuanto al fondo del asunto, se considera que no ha resultado acreditada la relación de causalidad que pueda existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se solicita una indemnización, por lo que procedería asimismo la desestimación de la reclamación planteada.

No obstante, V.E. resolverá.