



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 242/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de octubre de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 8 de julio de 2022 (COMINTER 203541) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 11 de julio de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.^a Y y D. Z, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_231), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 13 de julio de 2017 tuvo entrada en el Registro electrónico único de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) un escrito de un abogado, actuando en representación de D.^a Y y D. Z que lo hacían en nombre propio y en representación de su hija menor, P, por el que se formulaba una reclamación por responsabilidad patrimonial por los daños originados por la asistencia prestada a la Sr.^a Y durante su embarazo debidos, según los reclamantes, a la decisión de los facultativos del Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) de no realizarle una cesárea en la semana 34-35 de embarazo, por lo que su hija padeció un ictus isquémico del territorio de la arteria cerebral media derecha.

En su reclamación señalan que el control de la primera parte del embarazo se llevó en el Hospital de Huerca-Overa, Almería, del Servicio Andaluz de Salud (SAS), donde trabajaba la Sra. Y por comodidad para no interrumpir su actividad asistencial hasta que le dieran la baja por embarazo, lo que se produjo en la semana 21 de gestación. Al comenzar la baja, a principios de julio, empezó con las revisiones con la matrona en su centro de salud de Alhama de Murcia y solicitó comenzar las revisiones en su hospital de referencia que era el HUVA. Paralelamente, y de forma extraoficial, hacía seguimiento con una compañera de residencia ginecóloga en el hospital donde se formó, que es el Hospital General Universitario “Rafael Méndez”, de Lorca (HRM), del Servicio Murciano de Salud (SMS).

El seguimiento tanto ecográfico como analítico fue dentro de la normalidad, hasta que en la semana 33+6 días de

gestación, en la que iba a ser la última revisión en el hospital de Huércal-Overa antes de comenzar las revisiones en el HUVA, se detectó "*crecimiento intrauterino restringido 11 y oligoamnios*", por lo que fue ingresada dos días (del 23 al 25 de septiembre de 2016) para observación, con monitorización y ecografía y realización de maduración pulmonar fetal con corticoterapia intramuscular, con la probabilidad de realización de cesárea urgente en el caso de que la situación empeorara. Durante este ingreso no se objetivó empeoramiento del estado detectado inicialmente, por lo que fue dada de alta con indicación de revisión una semana después.

Al día siguiente, el 26 de septiembre de 2016, tenía la primera revisión con obstetricia en la Arrixaca, acudiendo con todos los informes e imágenes ecográficas realizadas por sus compañeros de Huércal-Overa y de su compañera de Lorca, pero la doctora que la recibió rechazó mirarlos. Al entrar a la consulta, la doctora Q le interrumpía constantemente impidiendo que le explicara lo que había sucedido. Solo pudo decirle que la razón por la que esa era la primera visita al HUVA era porque había hecho las revisiones con los compañeros de Huércal-Overa, y que casualmente, en la última visita de Huércal-Overa se detectó un CIR tipo 11 y un oligoamnios.

La doctora Q realizó una ecografía diagnosticando de CIR tipo I con percentiles de crecimiento por debajo de 5, indicando citación para nuevo control unos días después en "ecografía genética", lo que evidencia que había sospecha de tara. Obviamente, esa doctora estaba pensando en alguna tara genética del feto, y les dijo que era imposible que el curso del embarazo hubiera ido bien hasta la semana 33, porque este problema estaba presente desde el principio de la gestación.

Al día siguiente, el 27 de septiembre de 2016, acudió a la consulta de su compañera ginecóloga, la Dra. R, realizando test para comprobar pérdida de líquido amniótico, que fue negativa, y repitió la petición de serología de toxoplasma, CMV y parvovirus y realizó una ecografía, con resultado de "*Feto PEG (pequeño para la edad gestacional). Líquido amniótico límite (pocket de 2 cm, ILA de 2 cm)*" con percentil de crecimiento de 10, con indicación de nuevo control en una semana.

El día 28 de septiembre de 2016, con 34+4 semanas de gestación, el equipo de ginecología del hospital almeriense, al que había acudido la Sr^a. Y para revisión, ante los hallazgos habidos en la exploración, le aconsejó la realización de una cesárea ese mismo día al observar "*Maduración pulmonar completa. Gestación pretérmino. CIR tipo II. Oligoamnios severo*".

El 28 de septiembre de 2016 en Urgencias del HUVA los facultativos que atendieron a la gestante aconsejaron la no realización de la cesárea y, tras citarla para ecografía, acudió al HRM el 2 de octubre (35+1) donde siguió detectándose líquido amniótico reducido y deformidad craneal del feto. El equipo le dio la opción de realizarla allí, aunque entendían que su hospital de referencia era el HUVA y, en el caso de que la recién nacida necesitara ingreso en Neonatología, se podría realizar allí mismo, mientras que si realizaban cesárea en Huércal-Overa, ingresarían a la niña en Neonatología de Almería, que se encuentra a una hora aproximadamente. La decisión fue acudir al HUVA.

El 4 de octubre de ese mismo año vuelve al HUVA y tras analizar los resultados de una biometría fetal se le cita el 18 de octubre siguiente para cesárea. A los reclamantes les dijeron que el plan era aguantar a la semana 37 de gestación ya que a partir de ella no se consideraría a la recién nacida pretérmino, pues el Doppler ecográfico estaba normal. Solo en el caso de que en el Doppler se objetivara alteración del flujo, se procedería a cesárea urgente. Se les citó en la semana 36 de gestación para programar cesárea. Finalmente, se le citó para cesárea el día 18 de octubre, con 37+1 semanas de gestación, siendo operada con anestesia epidural, mostrándole a su hija aparentemente sana.

Al día siguiente del nacimiento, la reclamante detectó movimientos sutiles y repetitivos de su hija, ante lo que se la trasladó a una cuna térmica en la que podría estar desnuda para mejor observarla y, quedando ingresada durante siete días. Después de realizarle una resonancia magnética cerebral se le diagnosticó ictus isquémico del territorio de la arteria cerebral media derecha que, según la reclamante, es consecuencia de no habersele practicado la cesárea antes ya que el resultado de las exploraciones ecográficas del día 28 y 29 de septiembre de 2016 era altamente sugerente de riesgo de pérdida de bienestar fetal, con oligoamnios severo, CIR tipo II y alteración de la circulación fetal evidenciada con Doppler.

Desde su alta, los reclamantes acuden al Centro de Atención Temprana en el que un fisioterapeuta trata a la niña con el método Vojta, que consiste en presionar unos puntos concretos del cuerpo de la niña para estimular su desarrollo neurológico y motor. Estos ejercicios deben hacerse en casa de 2 a 4 veces al día, además de dos veces a la semana que se los hace el fisioterapeuta en Atención Temprana. Comenzaron con un ejercicio, que se realiza dos veces (uno para cada lado del cuerpo) y ya iban por 4 ejercicios con las consiguientes molestias para la niña. Esta situación ha provocado un estado de ansiedad en la madre y repercutido negativamente en el clima familiar.

En cuanto al estado de la niña en la fecha de la reclamación indica que afortunadamente, con sus cuatro meses y medio de edad, la niña mantenía un desarrollo psicomotor sin grandes deficiencias, aunque para ello la madre debía practicar este trabajo tan intensivo que debía continuar hasta al menos sus 6 años de edad, en la que se habrán establecido los puentes neuronales y la mielinización del sistema nervioso. Pasado este período crítico, tendrán que continuar con terapia adaptada a sus necesidades. Además, debido a la cicatriz que deja el ictus en un cerebro que crece, hay riesgo de que en unos años aparezcan crisis epilépticas sin previo aviso, por lo que deberá llevar una vida como una persona epiléptica (abstención del alcohol y cualquier otra droga, evitar déficit de sueño, etc).

Termina el escrito señalando que no puede cuantificarse el importe de la reclamación, que se haría más adelante y propone como prueba que se incorpore la historia clínica de la Sr^a. Y y los informes de los facultativos que la atendieron.

A la reclamación acompañaba diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Por resolución de 27 de julio de 2017 del Director Gerente del SMS se admitió a trámite la reclamación, se ordenó la incoación del expediente número 497/17, y se designó al Servicio Jurídico como órgano encargado de la instrucción.

La notificación electrónica de la resolución al abogado fue rechazada por caducidad el día 8 de agosto de 2017, si bien, consta en el expediente la confirmación de la recepción el día 15 de septiembre siguiente.

TERCERO.- Mediante escritos de 27 de julio de 2017 se solicitó a la Gerencia del HUVA, del HRM y del Hospital "La Inmaculada" de Huerca-Overa, la remisión de una copia de la historia clínica y los informes de los profesionales que hubieran atendido a la reclamante.

CUARTO.- Con escrito de 8 de agosto de 2017 la Gerente del HRM remitió la copia de la historia clínica obrante en sus archivos, tanto la de especializada como la del Centro de salud de Lorca-Centro.

La Gerente del Hospital “La Inmaculada” remitió la documentación solicitada mediante escrito de 17 de agosto de 2017.

Por su parte, el Director Gerente del HUVA contestó la petición recibida remitiendo con escrito del día 13 de septiembre de 2017 la copia de la historia clínica tanto de la reclamante como de su hija, y el informe de los doctores S (coordinador de la Unidad de Medicina Materno Fetal) y T (responsable de Área de partos), de 30 de agosto de 2017, y el informe de la doctora V (Jefa de Sección de Neuropediatría), de 6 de septiembre de 2017.

QUINTO.- El informe de los doctores S y T, destacan que la mayor parte de la asistencia durante al embarazo le fue prestada en el Hospital de Huerca-Overa y en el HRM, habiendo preferido la interesada el seguimiento del mismo en dichos centros a pesar de que en el HUVA se practica uno de los mejores cribados del primer trimestre en España. De haberlo hecho en este último se hubiera podido detectar la disfunción placentaria desde el inicio y tomar medidas precozmente.

Continua señalando que *“Cuando la paciente decide retomar el protocolo de embarazo del Area Sanitaria que le correspondía, y que ella obvió en los dos primeros trimestres por comodidad, según refiere en la reclamación, se le dio cita en la semana 34+2 de gestación, no por ser verano y tener problemas de citas, como maliciosamente se deja entrever en la reclamación, sino porque el Programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia (PIAM 2012) y el protocolo de la SEGO vigente en el año 2016 establece que la ecografía del 3º trimestre del embarazo se debe realizar entre la semana 32+0 y 34+5 de la gestación. Por lo tanto, se la citó en plazo, ya que el periodo estival la Obstetricia es la única especialidad del Hospital que mantiene su actividad al 100% por la peculiaridad de las pacientes, que cumplen plazos continuamente”*. Que el protocolo de actuación seguido en lo referente al crecimiento fetal era el del Hospital Clinic de Barcelona según el cual cuando el peso fetal se encuentra por debajo de 10 se considera una restricción de peso fetal, y que al subgrupo de peso fetal entre percentil 3 y 10 se les cataloga como “pequeño para la edad gestacional o PEG” que puede ser normal cuando el feto es constitucionalmente pequeño o anormal cuando lo es por anomalía cromosómica, infecciosa o malformativa.

Tras los razonamientos que siguen al anterior, añaden que *“En resumen, que por parte de nuestra Unidad se realizó una asistencia por encima de un protocolo vigente en la mayoría del país. Con la experiencia de 825 casos atendidos anualmente podemos asegurar que el evento sufrido por la niña P no es ni mucho menos habitual en los fetos con restricción de crecimiento fetal, aunque se presenta en general en cualquier tipo de neonato sin factores de riesgo.*

Si Dª Y ha realizado una revisión bibliográfica del tema, como Especialista en Medicina Interna que es (sic), sabrá que no está relacionado este evento con la restricción de peso fetal y menos con un feto PEG, como finalmente fue P (peso fetal al nacimiento fue de 2600 gr en semana 37, lo que implicaba sencillamente un feto constitucionalmente pequeño sin patología diagnosticable prenatalmente). Del estudio de la bibliografía se puede comprobar que el ACV en el recién nacido no es raro. Su incidencia estimada del accidente isquémico sólo es superada por la del adulto y es 10 veces más frecuente que la de la época infantil. Se estima que ocurre un caso cada 2.800 recién nacidos. Este tipo de accidentes isquémicos se producen tanto en la época fetal intraútero como

en la neonatal, siendo en muchos casos difícil conocer el momento exacto de su génesis. De hecho, el Neuropediatra no puede especificar la etiología del ACV, atribuyéndolo a un "posible o rigen placentario", refiriéndose posiblemente a una trombosis en los vasos placentarios cuyo émbolo podría haberse desprendido a la circulación fetal en el momento de la extracción fetal durante la cesárea o bien porque la alteración de la placenta podría producir una embolización en la circulación fetal o causar un estado inflamatorio y protrombótico que promueva una formación del trombo tanto en la placenta como en el feto.

Otras causas de isquemia como alteraciones morfológicas de las arterias cerebrales o las alteraciones de los factores hemostáticos fetales no constan los resultados, por lo que desconocemos la posible influencia de estas causas potenciales en el desarrollo del cuadro isquémico que sufrió P. Lo que sí tenemos claro es que en cada revisión ecográfica se realizó el estudio doppler de la arteria cerebral media (ACM), no observando alteraciones en el parénquima cerebral y únicamente signos de redistribución vascular en la zona de la ACM con lo que podemos afirmar que presentaba esta arteria una vascularización normal, sin trombos, concretamente la ACM derecha. Todos estos datos nos hacen ver que no existen datos ecográficos que presuman que el accidente vascular se produjo al menos hasta la última ecografía practicada una semana antes de la realización de la cesárea, y nos hacen poder pensar que este pudiera haberse producido en el momento de la cesárea o en las primeras horas de vida.

Con respecto a las conclusiones de la reclamación, solo podemos entenderlas desde la perspectiva del sufrimiento de una madre por una hija con una enfermedad, pero no se puede caer en falsedades: ni se trataba de un CIR tipo 11, ni tenía un oligoamnios intenso (fotografías de columnas de LA en todas las exploraciones que demuestran esto) ni había sufrimiento fetal alguno. Por otra parte, ni existiendo oligoamnios se debía cambiar la conducta obstétrica ya que el protocolo de restricción de crecimiento que manejamos especifica que ante un CIR con oligoamnios, la conducta se basa en el CIR, y no en el oligoamnios, que queda en un segundo lugar".

SEXTO.- La doctora V, en su informe de 6 de septiembre de 2017, manifiesta que, a la vista de los múltiples factores que pueden intervenir en la producción del infarto cerebral, no era extraño que existiera diferencia de opiniones entre los facultativos sobre la conveniencia o no de terminar el embarazo, sobre lo que la literatura científica que cita viene a recomendar el diferimiento de la decisión de poner término al embarazo hasta comprobar el empeoramiento o hasta que aumente la edad gestacional si se sospecha que el feto puede estar comprometido. Y añade "La situación actual de la niña indica que la evolución es positiva, no ha vuelto a tener crisis epilépticas y progresa en su maduración psicomotora, pero se han ido haciendo evidentes signos de disfunción motora en forma de hemiparesia izquierda leve. Las secuelas a largo plazo todavía no pueden establecerse con seguridad ya que los procesos de maduración neurológica pueden determinar la variación de los síntomas actuales al tratarse de una niña lactante."

SÉPTIMO.- Obra en el expediente (folio número 135) la diligencia de comparecencia ante el órgano instructor, el día 22 de noviembre de 2017, de una persona actuando en representación del abogado, solicitando y obteniendo copia del expediente completo a esa fecha. En el acto de comparecencia aportó copia del poder para pleitos otorgado por los reclamantes a favor del abogado.

OCTAVO.- Con comunicación interior de 15 de febrero de 2022 la Dirección de los Servicios Jurídicos de la CARM trasladó el decreto de 8 de febrero de 2022, dictado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (TSJ), en el procedimiento ordinario número 17/2022, seguido a instancias de los reclamantes contra la denegación por silencio administrativo de su reclamación, para que se remitieran al juzgado correspondiente cuantos antecedentes sobre el asunto obrasen en la sede del órgano instructor. En el escrito de la parte solicitando el dictado del decreto se cuantificaba la reclamación en 618.156,53 euros.

En contestación a la comunicación, el instructor remitió copia del expediente mediante oficio del siguiente día 28.

NOVENO.-El Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales envió el día 11 de mayo de 2022 el informe de la Inspección Médica evacuado el día anterior. Su conclusión número 7 es *“La actuación de los facultativos del HCUVA ha sido acorde a buena praxis”*. Una copia del informe fue remitida al Servicio Común de Ordenación del Procedimiento del TSJ y a la Dirección de los Servicios Jurídicos con escritos de 19 y 23 de mayo de 2022, respectivamente.

DÉCIMO.- El día 24 de mayo de 2022 el instructor acordó la apertura del trámite de audiencia notificándolo electrónicamente al abogado al día siguiente. Del mismo modo remitió escrito el día 10 de junio de 2022 al Hospital “La Inmaculada” de Huerca-Overa con copia de dicho acuerdo.

UNDÉCIMO.- En el registro de la CARM tuvo entrada el 25 de mayo de 2022 un escrito del abogado solicitando una copia de determinados documentos incluidos en el expediente (folios número 135 a 172). La petición fue atendida con su envío mediante escrito del instructor del siguiente día 30.

DUODÉCIMO.- El 7 de julio de 2022 se elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigidos en la legislación vigente.

DECIMOTERCERO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicitó el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, remitiendo copia del expediente y el 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 tramitado por 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 el 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y 81 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, al actuar como representantes de su hija menor de edad que es quien ha sufrido en su persona los daños que se imputan al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 32.1 LRJSP.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. La reclamación fue presentada dentro del plazo de un año establecido al efecto en el artículo 67.1 LPACAP.

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 ha de llamarse la atención por la excesiva dilación en su tramitación causada principalmente por el retraso en la evacuación del informe de la Inspección Médica.

TERCERA. Sobre el fondo del asunto.

I. Son requisitos exigidos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración la concurrencia de un hecho, acción u omisión que resulte imputable a la Administración; la producción de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado, que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar, y la existencia de una relación de causalidad directa e inmediata entre aquel hecho, acción u omisión y el mencionado daño o perjuicio, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal ni en particular la concurrencia de fuerza mayor. Tales exigencias están contenidas en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y han sido precisadas por constante jurisprudencia del Tribunal Supremo y reiterada doctrina de los diferentes Órganos consultivos, correspondiendo al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

II. 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 razonablemente 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 de éste ha de regirse por 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. 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.

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).

III. Dicho esto debe, en primer lugar, dejarse constancia de que las aseveraciones hechas por los interesados no han contado con un informe pericial que las respalde, incumpliendo así con la obligación que recaía sobre ellos (artículo 217 LEC), ni ha cuantificado el importe de la indemnización solicitada, importe que según consta en el escrito remitido desde el TSJ solicitando la remisión del expediente asciende a 618.156,53 euros. Sin embargo, la Administración ha traído al expediente diversos informes que sostienen la inexistencia de mala praxis y, por tanto, de responsabilidad por su parte.

Es el caso del informe evacuado por los doctores S y T, el 30 de agosto de 2017 reproducido en parte en el Antecedente Quinto, en el que ambos niegan que la asistencia prestada en el HUVA no fuera la que demandaba la situación de la gestante a la luz de sus conocimientos respaldados por una práctica muy habitual y exitosa en dicho centro.

El informe de la doctora V (Antecedente Sexto) ampara su juicio en la literatura científica según la cual en casos como el examinado la recomendación es la de esperar al desarrollo de la gestación hasta que se acredite la existencia de empeoramiento o hasta que aumente la edad gestacional si se sospecha que el feto puede estar comprometido. No obstante, muestra su comprensión con las posibles diferencias de opinión entre los facultativos, y advierte de que habrá que esperar para poder determinar el alcance de las secuelas.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica no permite albergar duda sobre la adecuación a la *lex artis* de la actuación de los facultativos del HUVA. La lectura de sus conclusiones así lo revela. Son las siguientes:

"1. Doña Y, médica de profesión, llevó el control de su primera gestación en el centro hospitalario donde trabajaba, H. de Huerca-Overa de la provincia de Almería con visitas y ecografías periódicas por encima del protocolo de control del embarazo normal de la SEGO. En la semana 33+6 de gestación se detectó un feto con peso por debajo del P 10, con estudio Doppler normal y sin alteraciones conocidas. Se ingresó para maduración pulmonar fetal con corticoides.

2. Fue atendida por primera vez en el H de la Arrixaca en la semana 34+ 2 al día siguiente del alta hospitalaria. El estudio Doppler fetal era normal y se le cita a los 5 días para nueva ecografía. Dos días después en la semana 34+4 los facultativos del hospital de Huerca - Overa indican la finalización de la gestación, opinión no compartida por los demás facultativos que atienden a la gestante en torno a esos días.

3. De acuerdo a protocolos no estaba indicada la finalización de la gestación en ese momento. La mejor prevención de la morbilidad fetal es avanzar en la edad gestacional.

4. La gestante decidió continuar el control de su gestación en el H. V. de la Arrixaca. El feto estaba en podálica y se indicó cesárea electiva a las 37+ 1 semanas de EG. La cesárea transcurrió sin incidencias naciendo una niña de 2600 g de peso, con un APGAR de 9/10/10.

5. A las 30 horas de vida, la niña presentó movimientos convulsivos debidos a un ACV isquémico en la ACM derecha. Se le puso tratamiento anticonvulsionante, no volvió a tener crisis y se le retiró la medicación a los 5 meses de vida sin incidencias. La evolución de la niña ha sido favorable.

6. En los estudios Doppler realizados antes del nacimiento no se detectó ninguna anomalía de la ACM. No se puede achacar el ACV a ninguna actuación médica”.

Como vemos, en esta conclusión número 6 se niega la relación de causalidad entre la actuación médica y el accidente cardiovascular sufrido por la niña, de ahí que afirme en su última conclusión que su actuación fue acorde con la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación presentada por no reunir los requisitos que legalmente deben concurrir para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.