

Noticias

de Responsabilidad Médica



Ofelia De Lorenzo
Aparici (*)

CRITERIOS DE CAUSALIDAD ENTRE ASFIXIA PERINATAL Y PARÁLISIS CEREBRAL

La Sentencia de 29 de Mayo de 2012 dictada por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, que confirma la sentencia desestimatoria que había sido impugnada, recoge los criterios que por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) resultan en buena práctica médica esenciales y suficientes para poder establecer una relación de causalidad entre una asfixia perinatal y una parálisis cerebral.

En resumen, la controversia inicialmente radicaba en relación con la adecuación a la *Lex Artis* de la decisión de optar por un parto natural al percatare de la existencia de un pie parido. En ese sentido, tanto el perito de los reclamantes como el judicial se inclinaban por la procedencia de una cesárea.

No obstante, el perito designado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) afirmó que 1) la prematuridad existía siempre, fuese el parto vaginal o por cesárea, 2) con 32 semanas de gestación y presentación podálica el protocolo indica la cesárea, pero que como quiera que inmediatamente antes de la cesárea la demandante comenzó el parto, con un pie parido, con los antecedentes de dos embarazos a término con éxito (lo que demostraba un canal de parto adecuado) y con 5 cm de dilatación alcanzada fácilmente (mitad de la dilatación), la opción por el parto natural era correcta dándose un tiempo de una hora aproximada para el mismo alcanzándose tan sólo 6 o 7 cm más de dilatación y produciéndose en ese momento un estancamiento del proceso de parto natural por lo que se optó por la cesárea. 3) Según este perito, con 32 semanas y un peso de 1,500 kg la opción por uno

u otro procedimiento era correcta, se estaba en el límite del protocolo y por tanto el proceder asistencial fue correcto.

Establece la Sala que *"este tribunal es consciente de las controversias mantenidas entre ginecólogos y pediatras en relación con los peligros del parto y en concreto la hipoxia perinatal. Y si bien en la fecha de los hechos, febrero de 1997, esa polémica podría sostenerse, resulta muy significativo que Don Pelayo, designado por la SEGO, advirtiese que a fecha de 2002 en adelante se ha comenzado a abandonar la idea del "sufrimiento fetal" para hablarse de un "riesgo de pérdida de bienestar fetal". Este perito, con referencia a estudios norteamericanos del año 2002, descartaba la relación entre la hipoxia isquémica durante el parto con las convulsiones. Advierte que a pesar de la introducción de métodos modernos de monitorización y de mejoras que el tratamiento de los recién nacidos, las parálisis cerebrales en los últimos años no han disminuido, permaneciendo estable en todos los recién nacidos a término, aumentando claramente en los prematuros. En esencia, se rechaza que la hipoxia-isquemia intra parto se asocie en la mayoría de los casos con lesiones cerebrales graves ni con convulsiones neonatales. Se refiere a otro documento como esencial en estos nuevos conceptos elaborado por la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia que se podría traducir como "Fuerza de choque en la encefalopatía neonatal", el cual refiere cuatro criterios o cinco para relacionar la asfixia neonatal con una encefalopatía hipoxico isquémica. También hace mención a la publicación en el año 2003 de un documento de consenso entre la Academia Americana de Pediatras y el Instituto Americano de Ginecólogos y Obstetras sobre la encefalopatía neonatal*

y la parálisis cerebral documento al que se ha adherido la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, reproduciendo sus criterios en el protocolo número 9 de la SEGO.

Efectivamente, se establece que los criterios esenciales y suficientes para establecer la relación entre la asfixia perinatal y la parálisis cerebral son cuatro debiendo concurrir todos: 1) evidencia de acidosis metabólica en sangre arterial del cordón umbilical obtenida tras el parto, 2) inicio precoz de una encefalopatía neonatal moderada o severa en un recién nacido de más de 34 semanas de gestación, 3) parálisis cerebral de tipo discinético o cuadriplejia espástica –es decir, susceptible de haber sido causada por hipoxia– y 4) exclusión de otras causas identificables tales como prematuridad, traumatismos, crecimiento intrauterino retardado, presentación podálica, coagulopatías maternas o fetales, procesos infecciosos o alteraciones cromosómicas o congénitas.

En el presente caso, no aparecían todos los criterios exigidos en la actualidad, concretamente la prematuridad ya que no constaba que se hubiera tomado muestra de pH en el cordón umbilical, no haciéndose habitualmente en aquel entonces, pero incluso de darse por concurrente este elemento, continuaba existiendo el óbice de la prematuridad y además el inicio precoz de una encefalopatía neonatal moderada o severa en un recién nacido de más de 34 semanas de gestación, en este caso el feto tenía 32.

(*) Bufete De Lorenzo Abogados