

Informe Ockenden 2026

ISBN 978-1-5286-6509-4

1. Qué es este informe y por qué importa

El **Informe Ockenden de Nottingham** ("Findings, Conclusions and Essential Actions from the Independent Review of Maternity Services at Nottingham University Hospitals NHS Trust") revisa la atención materna y neonatal prestada entre 2012 y 2025. Dirigido por la matrona Donna Ockenden, nació del empuje de un grupo de familias y creció hasta convertirse en la revisión de seguridad en maternidad más grande jamás realizada en el NHS (y en el mundo). Su objetivo no fue señalar culpables individuales, sino determinar hasta qué grado la atención administrada influyó en cada mal resultado y exponer las debilidades del sistema. Fue presentado ante la Cámara de los Comunes el 24 de junio de 2026.

La revisión no examinó todos los partos del hospital, sino los casos conocidos de pérdida, daño o lesión. Se usó un método automático ("opt-out"): todos los casos que cumplían los criterios se incluían salvo que la familia pidiera quedar fuera. Participaron más de 2.500 familias (2.536, de las que 88 se excluyeron), con una muestra final de 2.030. Más de 800 profesionales aportaron su testimonio. Aproximadamente **1 de cada 5** de esos casos revisados presentó una preocupación significativa o mayor. Ese "1 de cada 5" se refiere a los casos revisados, no al total de partos del Trust.

2.500+

FAMILIAS PARTICIPANTES (2.536)

800+PROFESIONALES QUE APORTARON
SU TESTIMONIO**1 de 5**CASOS REVISADOS CON
PREOCUPACIÓN SIGNIFICATIVA O
MAYOR

El caso que abre el informe

El informe comienza con una sola familia. La bebé Harriet Hawkins murió intraparto. Sus padres, Sarah y Jack, eran además profesionales sanitarios del propio Trust. Una cuarta revisión externa confirmó que su muerte fue **evitable**. La búsqueda de respuestas de la familia tardó más de una década en llegar, durante la cual solo recibieron opacidad e ineptitud. Sienten que el sistema les falló. Su caso ilustra el error sistémico que el informe documenta después caso a caso: no fue un error aislado, sino una cultura que no investigaba, no aprendía ni rendía cuentas.

2. Las cifras de la revisión

Cada caso se catalogó con el sistema CESDI según el impacto de la atención en el resultado. El grado 0 corresponde a una atención apropiada o excelente, y los grados 2-3 a un resultado potencialmente evitable. El **91 %** de los casos se clasificó como 0 o 1, pero aproximadamente **1 de cada 5 de los casos obstétricos revisados** presentó una preocupación significativa o mayor. En la atención neonatal, solo el 6 % tuvo preocupaciones de ese nivel.

ÁMBITO (2012 - MAY. 2025)	CASOS REVISADOS	GRADO 0-1	GRADO 2-3	% GRADO 2-3
Maternidad	2.026	1.547	444	21 % (media)
Neonatología	937	861	76	6 % (media)
Total	2.963	2.408	520	n/a

Tabla 1 del informe. El porcentaje se refiere a los casos revisados (seleccionados por mala evolución), no al total de partos del Trust. El pico relativo de casos graves se concentra hacia 2013-2019. Desde 2023-2025 se observa un descenso coincidente con las mejoras del servicio.

3. Un patrón sistémico, no errores aislados

Más allá de la monitorización fetal, la revisión describe fallos que se repiten una y otra vez a lo largo de más de una década:

- **Errores en la atención.** Aplicación inconsistente de las guías nacionales, errores en la interpretación del registro cardiotocográfico, discontinuidad, uso irregular de la historia electrónica y fallos de comunicación.
- **Cultura y liderazgo tóxicos.** Acoso laboral sostenido entre coordinadoras de sala de partos, miedo a escalar y baja seguridad psicológica. Se describe personal nuevo asignado a los casos más complejos "para ver si se hundía o nadaba".
- **Escalado y triage.** El triage telefónico fue deficiente: se minimizaba el riesgo y se desincentivaba la asistencia presencial. Mejora reconocida desde 2022.
- **Inducción del parto.** Área de especial preocupación: monitorización e interpretación deficientes del RCTG, retraso en la exploración con espéculo y reticencia a trasladar a sala de partos.
- **Voces de las familias.** Sensación reiterada de no ser escuchadas ni informadas, sobre todo ante disminución de movimientos fetales, complicaciones emergentes y barreras idiomáticas.
- **Gestión y personal.** Se hicieron seis revisiones externas (2015-2022) y todas fueron críticas: solo el 11 % del personal consideraba suficiente la plantilla. **Más del 40 % presenció o sufrió acoso laboral de forma habitual.** Los fallos acabaron teniendo consecuencias penales: el Trust se declaró culpable ante el regulador sanitario (la CQC) y la policía investiga incluso un posible homicidio corporativo, es decir, la responsabilidad penal de la propia organización y no solo de personas concretas.

En positivo. El informe reconoce una mejora notable de la práctica de monitorización fetal tras incorporar una matrona referente de monitorización fetal en abril de 2021 y haber realizado una jornada de formación en 2023. Desde entonces se ha objetivado una reducción reciente del número de casos de daño.

4. El núcleo: la interpretación del RCTG

La monitorización fetal intraparto fue el **tema predominante** del informe. Antes de comentar los errores concretos, la revisión advierte que los casos se analizan con sesgo retrospectivo ("hindsight bias"): conociendo ya el resultado, las anomalías del RCTG parecen más evidentes de lo que fueron en tiempo real.

Interpretar un RCTG no depende solo de la pericia de un profesional aislado: es una tarea "sociotécnica". Es decir, el resultado depende tanto de la persona como del sistema que la rodea (cómo está diseñado el servicio, cuánta carga de trabajo hay, cómo funciona el equipo y qué cultura existe) (Lamé et al., 2024). Dicho de otro modo, incluso un buen profesional puede fallar si el sistema no acompaña. Ahora bien, ni el sesgo retrospectivo ni las limitaciones de la CTG justifican por sí solos los fallos repetidos en reconocer RCTG patológicos, no avisar a tiempo a un superior o intervenir cuando todavía se podía.

4.1 · Interpretación incorrecta

Se identificaron múltiples casos de error en la clasificación inicial del RCTG. El fallo en reconocer y escalar un RCTG anómalo derivó en malos resultados neonatales, incluida encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), entre 2013 y 2019. A menudo **no se reconocieron los cambios de hipoxia crónica**. Se destaca un caso en que se inició oxitocina sin indicación (la paciente ya tenía 4 contracciones/10 min) → hiperestimulación. El RCTG no se clasificó como patológico y acabó con acidosis severa e ingreso neonatal.

4.2 · Oxitocina sobre un RCTG mal clasificado

Uno de los patrones más graves y repetidos: ante taquisistolia, hiperestimulación o RCTG patológico, la infusión de oxitocina no se redujo (a veces incluso se aumentó), con daño desde EHI grado 1 hasta muerte fetal intraparto. Algunos ejemplos que se describen:

- Oxitocina sin indicación y titulación por encima de guía. Pese a un RCTG muy anómalo e hiperestimulación evidente, se siguió aumentando → muerte fetal intraparto a término.
- Oxitocina aumentada durante una bradicardia fetal (gemelar BC/BA 33+6, RCTG "no interpretable", bradicardia confirmada por ecografía) → EHI grado 3.
- RCTG patológico en segunda fase de parto no reconocido → EHI.
- Oxitocina a 34+1 semanas con fallo de interpretación y retrasos por saturación de la unidad → EHI.

"La regla es simple: ante un RCTG patológico, la oxitocina se reduce o se para, nunca se aumenta."

4.3 · Documentación deficiente

Tras la guía NICE 2014, no se actualizaron las pegatinas ("stickers") del RCTG. No siempre se usaban, las valoraciones no siempre eran horarias y la herramienta de "fresh eyes" (segunda mirada) se aplicaba cada 2-3 horas en lugar de cada hora. La auditoría interna del Trust (2024) mostró que la evaluación documentada del riesgo de monitorización al inicio del parto **no se realizó en el 95 %** de los casos, y solo el 63 % tenía una evaluación intraparto documentada.

4.4 · Electrodo interno (FSE) no utilizado

Falta de escalado al electrodo interno cuando estaba claramente indicado.

4.5 · Falta de supervisión de la coordinadora

Ausencia reiterada de supervisión documentada de la coordinadora tras haber escalado el caso: solo un tercio de los casos mostró evidencia clara de revisión. Entradas como "coordinadora informada" carecían de plan o resultado. La interpretación y el escalado del RCTG son actividades colectivas. Sin supervisión sénior visible se pierden oportunidades de cuestionar y de mitigar el riesgo a tiempo.

4.6 · Escalado tardío o fallido

Múltiples episodios de retraso o fallo en el escalado, agravados a veces por la saturación de la unidad. Destaca un caso de 2019 con infusión de oxitocina a 34+1 semanas con RCTG patológico y con mala señal. Se perdió el foco del RCTG durante más de una hora en el expulsivo → cesárea categoría 1 por bradicardia, reanimación, hipotermia y EHI grado 1.

4.7 · pH de calota fetal (FBS)

Se realizó en casos claros de infección o corioamnionitis, con resultados normales que dieron una falsa sensación de tranquilidad. Las guías nacionales más recientes ya no recomiendan el pH de calota.

4.8 · Formación en monitorización fetal

No hubo evidencia de formación hasta 2010. Usaron la misma presentación de PowerPoint en 2013, 2014 y 2016, cambiando solo la fecha de la primera diapositiva. Se retiró a personal de la formación obligatoria para cubrir déficits de plantilla.

El giro llegó con una jornada de formación completa en 2023, centrada en la **fisiología fetal y el aprendizaje de incidentes**. Se empezaron a hacer "learning events" semanales, y el informe asocia este cambio de contenido, centrado en la fisiología, con la reducción reciente de las lesiones.

Un mismo hilo. Estos ocho fallos no son técnicos aislados: comparten una raíz. El informe concluye que la interpretación del RCTG es una práctica sociotécnica (personas, roles, documentación, comunicación y cultura). El daño surge cuando varias defensas del sistema fallan a la vez: se diluye la responsabilidad, se normaliza lo anómalo y, bajo presión, el equipo pierde la visión de conjunto de la situación.

5. Acciones inmediatas y esenciales

El informe formula **Acciones Inmediatas y Esenciales (IEA)** de obligado cumplimiento para toda Inglaterra, organizadas en 8 ejes. No parten de cero: refuerzan y amplían las 22 IEA que ya había fijado el anterior informe Ockenden (Shrewsbury & Telford, 2022), muchas de las cuales seguían sin aplicarse. Se enlazan con el Maternal Care Bundle del NHS England (enero de 2026), **de implantación obligatoria antes de marzo de 2027**.

Un principio común: la "Regla de Martha". Reconoce un derecho a la mujer, a su familia y al personal. Pueden pedir una segunda valoración clínica urgente e independiente. Se activa cuando les preocupa que algo va mal y no se sienten escuchados. Toma su nombre de Martha Mills, una niña británica que murió por una sepsis que no se derivó a tiempo. En la práctica es una vía de acceso directo, disponible 24 horas, normalmente un teléfono. Permite pedir la valoración de un equipo distinto del que atiende el caso. Debe existir tanto en el hospital como en la comunidad.

- **Escuchar a mujeres y familias.** Comunicación centrada en la mujer, elección informada y creer lo que expresan.
- **Planificación y plantilla segura.** Metodología nacional de dimensionamiento por complejidad.
- **Formación y aprendizaje multiprofesional.** Incluye tres medidas. Un programa nacional para la coordinadora de sala de partos, con evaluación de 360°. Capacitar a las matronas para la exploración con espéculo de forma autónoma a cualquier edad gestacional. Y formación multidisciplinar para reconocer a tiempo a la mujer que se deteriora.
- **Evaluación del riesgo en todo el embarazo.** Umbral más bajo de ingreso y monitorización continua ante factores de riesgo. Estandarizar el triage.
- **Investigación de incidentes con las familias.** Financiar el marco con el que el NHS investiga los incidentes de seguridad del paciente (PSIRF), es decir, el sistema que analiza qué falló y por qué. Aplicar de verdad el Duty of Candour, el deber legal de ser transparente con la familia y contarle con honestidad lo ocurrido cuando algo sale mal. Y garantizar que todas las familias reciban una explicación de la misma calidad, con independencia de la vía por la que se revise su caso.
- **Análisis de resultados.** Reservar tiempo específico en la agenda del personal, no absorbido por la carga asistencial, para revisar casos y aprender.
- **Cultura, equipo y seguridad psicológica.** Cultura justa donde alzar la voz sin represalias, con dirección cercana y humana y una supervisora del área de maternidad en cada Trust.
- **Madres fallecidas y cuidado tras la muerte.** Estándares de registro y de atención post mortem, con especialista independiente.

Frente al acoso laboral, ¿qué se propone?

El informe lo aborda de forma directa. Una cultura psicológicamente segura donde avisar de un problema sin temor a represalias. Un programa nacional con evaluación de 360° para las coordinadoras de sala de

partos. Y un onboarding con supervisión asignada y apoyo en los primeros turnos para el personal nuevo. Todo ello dentro de la política "Freedom to Speak Up" del NHS.

6. Ideas principales

El informe deja varios mensajes claros para la práctica clínica. El daño no vino de no saber poner una etiqueta al RCTG, sino de no entender qué le estaba pasando al feto y de un sistema que no permitía actuar a tiempo.

- **Interpretar, no solo clasificar.** Los cambios de hipoxia exigen razonamiento fisiopatológico, no solo decidir si el RCTG es "patológico".
- **Oxitocina con conciencia del RCTG.** Ante taquisistolia o RCTG patológico, reducir o suspender, nunca aumentar sobre un RCTG anómalo.
- **Calidad de señal.** Ante pérdida de foco o duda, escalar al electrodo interno (FSE) en vez de aceptar un RCTG ilegible.
- **Interpretar es un acto de equipo.** La seguridad psicológica y la supervisión sénior visible forman parte de la seguridad clínica.
- **Formación viva basada en fisiología.** El informe vincula la mejora de los resultados con una formación en RCTG anclada en la fisiología fetal y en el aprendizaje de los incidentes, y actualizada con las guías.

Fuente. Ockenden, D. (2026). *Findings, Conclusions and Essential Actions from the Independent Review of Maternity Services at Nottingham University Hospitals NHS Trust*. HC 284. Londres: House of Commons / DHSC. ISBN 978-1-5286-6509-4. Publicado el 24 de junio de 2026 (401 pp.). Referencias citadas en el informe: Lamé et al. (BMJ Q&S, 2024); NICE NG229 (2022, act. 2025); Saving Babies' Lives Care Bundle v2/v3. · Elaboración: icareCTG.