

Dictamen nº: **237/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **06.06.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 6 de junio de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. .... y D. .... en su propio nombre y en el de su hija menor ..... por las secuelas sufridas por el uso de fórceps en el parto, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (en adelante, HUPE).

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 31 de marzo de 2017 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), las personas citadas en el encabezamiento, asistida de abogado, formularon reclamación de responsabilidad patrimonial.

Señalan que, el 1 de abril de 2016, la reclamante, de 34 años, gestante primípara, hipertensa, con embarazo controlado sin patología, serologías negativas y un screening de cromosopatías de riesgo bajo, acudió a consulta de Nefrología donde le diagnosticaron tensión arterial “*en límites*” y elevación del ácido úrico por lo que

ingresó en el HUPE para finalizar la gestación al día siguiente (semana 39 más 3 días).

Refieren que a las 3:45 horas del 3 de abril de 2016, se le indujo el parto y rotura de la bolsa de manera artificial. El parto finalizó con fórceps por riesgo de pérdida de bienestar fetal, naciendo la menor a las 13:40 horas. No consta en la historia clínica que el parto estuviera estancado, pues la dilatación en ningún momento fue inferior a 2 cm, sin embargo, advierten, la brutalidad a la hora de aplicar el fórceps, conllevó la realización de episiotomía, que se complicó con un hematoma que precisó drenaje quirúrgico. El bebé nació con un aparente buen estado general, Apgar de 9 al minuto y 10 a los cinco minutos y pH en arteria umbilical normal, por lo que no existió sufrimiento fetal alguno.

Aseveran que cuando vieron por primera vez a su hija apreciaron un hematoma y una herida en las zonas frontal y parietooccipital izquierda e inflamación del ojo derecho derivado del uso del fórceps. No obstante, los facultativos no consideraron importantes dichas lesiones ya que no realizaron ninguna exploración a la menor pese a las manifestaciones de los padres.

La recién nacida, indican, pasó a la planta de Maternidad con su madre, sin alteraciones en la exploración. Se señaló la existencia de la marca del fórceps en el ojo derecho, acompañado de edema palpebral, así como hematoma frontooccipital derecho, al que no se le dio importancia a pesar de que fue empeorando progresivamente. Asimismo, en la exploración médica se refirió "*caput occipital*", pero no se realizó seguimiento sobre su evolución. Desde el nacimiento presentó un estado de irritabilidad a la manipulación con un quejido intermitente que cada vez iba a más y que los padres indicaron a las enfermeras. Ante la actitud expectante de los facultativos, la menor empezó a presentar palidez cutánea.

Señalan que, por fin, el 4 de abril los facultativos exploraron a la recién nacida que ingresó en Neonatología, donde se le realizó una analítica y hemocultivos que revelaron sepsis neonatal precoz por E. Coli, así como alteraciones de la coagulación e insuficiencia renal, por lo que se acordó su traslado a una unidad de nivel III-c. Consideran inexplicable la actitud conservadora mantenida por los facultativos, que no realizaron pruebas diferenciales hasta pasado más de un día del debut de la sintomatología.

Refieren que el 6 de abril de 2016, casi dos días después de los análisis, se trasladó a la menor al Hospital Universitario La Paz con los siguientes diagnósticos: sepsis precoz por E. Coli, cefalohematoma, coagulopatía de consumo, trombopenia, anemia, insuficiencia renal aguda y nefropatía. Le realizaron cultivos pertinentes para ajustar el tratamiento antibiótico y curar la sepsis. En el ingreso se dejó constancia de la presencia de edema en toda la superficie craneal, blando de predominio en región occipitoparietal izquierda, que se extendía a región frontal y facial. Las lesiones empeoraron de manera paulatina, extendiéndose por toda la superficie craneal y cervical posterior, con afectación de ambas regiones retroauriculares.

Manifiestan que esta vez sí se prestó atención a las lesiones del cráneo de la menor, pero no fue hasta el 19 de abril cuando se practicó el desbridamiento y el drenaje de dichas lesiones. El 6 de mayo se realizó injerto cutáneo, empleando piel de la espalda. Preciso diversos tratamientos quirúrgicos por el Servicio de Cirugía Plástica pendientes de completar.

Afirman que la lesión en la zona craneal no fue tratada de forma precoz por la desidia de los facultativos del HUPE, que no exploraron a la menor porque, según decían, no tenía importancia e iría desapareciendo con el tiempo. Además, consideran que la grave lesión

se debe a que las palas del fórceps se aplicaron de forma incorrecta presionando con demasiada dureza la cabeza de la bebe. Tampoco se ha ofrecido una explicación por parte del Servicio de Ginecología del HUPE que justifique este incidente con el fórceps y consideran que ha existido un daño desproporcionado.

Señalan que solicitaron la historia clínica a ambos hospitales pero el HUPE no le ha entregado copias de la gráfica del registro cardiotocográfico.

En consecuencia, consideran que el uso del fórceps estaba contraindicado para la extracción del feto pues según la historia clínica, la aplicación del fórceps fue necesaria por riesgo de pérdida de bienestar fetal. No obstante, en ninguna parte de la documentación médica entregada consta que existiera un sufrimiento fetal. Además, reprochan falta de seguimiento en la evolución de la paciente por la mala praxis médica en la aplicación del fórceps, la desaparición de datos de la historia clínica que determina una inversión de la carga de prueba por aplicación del principio de facilidad probatoria.

Por último, afirman que se ha producido un resultado dañoso desproporcionado y que existe una adecuada relación causa (aplicación inadecuada e incorrecta del uso del fórceps, falta de diligencia en el diagnóstico, ausencia de pruebas diagnósticas, infravaloración del cuadro clínico, retraso en el diagnóstico, pérdida de historia clínica) - efecto (lesiones maternas y de la menor de edad), la falta de vigilancia y supervisión del cuidado de la paciente que impidió que se tomaran a tiempo las medidas necesarias (práctica de cesárea con anterioridad) vulnerando de forma flagrante la *lex artis* que terminó por provocar el desafortunado resultado.

Por todo ello, solicitan una indemnización de daños y perjuicios que cuantifican en 108.548,39 €, aplicando *a título orientativo y de forma muy ponderada* la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de

reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, con el siguiente desglose: lesiones por secuelas (perjuicio personal básico: 82.584,39 €; secuelas físicas: sistema cutáneo: 20 puntos, 28.985,33 €; perjuicio estético importante: 30 puntos, 53.599,06 €; perjuicio personal particular (perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas, leve: 15.000 €); lesiones temporales (muy grave: 31 días x 100 €: 3.100 €; moderado: 20 días x 75 €: 1.500 €; intervención quirúrgica -4 intervenciones-: 6.400 €).

Designaron el domicilio de un letrado a efectos de notificaciones y aportaron fotocopia del Libro de Familia, de escritos de solicitud de documentación clínica y diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen.

La reclamante, con antecedentes obstétricos de un embarazo y un aborto y de HTA crónica con tratamiento y embarazada de 39 + 3 semanas, ingresó en periodo de no parto, el 2 de abril de 2016 en el HUPE por orden facultativa. El embarazo había cursado con HTA, elevación de ácido úrico en el último trimestre. Rubéola positiva, Toxo negativo, HbsAg negativo, VDRL negativo, HIV negativo , HVC negativo, SGB negativos. Ecografías: 7 normales y corresponden. Crecimiento adecuado

El parto comenzó con maduración cervical e inducción por tensión arterial al límite, gestación a término y elevación del ácido úrico. Al ingreso, la bolsa amniótica estaba íntegra y se produjo una rotura artificial precoz a las 3:45 horas del día 3 de abril de 2016. El curso de la dilatación se produjo con oxitócico, sin profilaxis antibiótica y con anestesia epidural.

El parto, con fórceps Kjelland por riesgo de pérdida de bienestar fetal, tuvo lugar a las 13:40 horas del día 3 de abril de 2016. El alumbramiento fue espontáneo con placenta completa. Nació una mujer de 3.380 gramos de peso, Apgar de 9 al minuto y 10 a los cinco minutos, sin necesidad de reanimación, que se trasladó a planta de maternidad.

Posteriormente, a los dos días de nacer, ingresó en Neonatología por quejido, con aceptable estado general al ingreso. Bien hidratada y perfundida. Coloración grisácea. Quejido audible e intermitente, llanto irritable ante cualquier manipulación. Polipnea, leve tiraje subcostal e intercostal. No dismorfias. Pulsos periféricos presentes y simétricos. En la auscultación cardíaca: rítmicos, no soplos; en la pulmonar: buena ventilación bilateral sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no distendido, no masas ni megalias. Neurológico: Fontanela anterior normotensa. Moldeamiento craneal, cefalohematoma fronto-occipital derecho. Tono y postura normales. Reflejos arcaicos normales. Caderas y clavículas estables. No opacidades corneales. Genitales externos femeninos normoconfigurados. Resto de la exploración normal.

En el informe de Neonatología figura que a las 32 horas de vida inicia con quejido intermitente, audible sin fonendo, irritable a la manipulación, polipnea y leve tiraje subcostal e intercostal. Palidez cutánea, aunque con buena perfusión. Saturación 99% en aire ambiente. Buena ventilación bilateral, sin ruidos añadidos, resto de la exploración normal. Sin antecedente de factores de riesgo infeccioso. Ante la sospecha de sepsis clínica, se solicitan: Rx de tórax (sin infiltrados), hemograma, bioquímica, gasometría venosa, bioquímica líquido cefalorraquídeo, hemocultivo: crecimiento E. Coli y cultivo de LCR. Ante los resultados acordes con la sospecha diagnóstica se decide iniciar antibioterapia con Ampicilina y Gentamicina

intravenosas. Antes del alta se pauta decide cambiar Ampicilina por Cefotaxima IV

Consta que, a las 20 horas de vida precisó oxigenoterapia de bajo flujo. En las siguientes horas presenta pausas de apnea y bradicardias que remontan con estimulación por lo que se inicia CPAPE inicialmente y posteriormente oxigenoterapia de alto flujo.

A las 15 horas del ingreso presenta aumento de partes blandas en cuero cabelludo que se extiende de frontal a occipital, ante la sospecha de hemorragia subgaleal, se realiza radiografía de craneal (sin líneas de fractura) y ecografía tranfontanelar (normal). Preciso paracetamol y cloruro mórfico para control del dolor. En control de analítica se evidencia ascenso de leucocitos (3.300), anemia (Hb 9.8 gr/di), y alteraciones de la coagulación, por lo que se decide transfundir plasma fresco congelado y se administra segunda dosis de Vitamina K intravenoso. En control posterior leve mejoría. Ecografía tranfontanelar del 5 y el 6 de abril, sin alteraciones.

Desde las 24 horas de ingreso presentó edema progresivo generalizado con distensión abdominal, asociado a disminución de la diuresis. Recibió una dosis de furosemida de 1 mg/Kg tres horas antes del traslado. Previo al alta se objetiva proteinuria en rango nefrótico. La ecografía abdominal y renal del 6 de abril evidenció colelitiasis y mínima cantidad de ascitis. Figuran los resultados de la bioquímica sanguínea, en orina y de la gasometría venosa.

En cuanto a la trombopenia, a su ingreso, anemia de 229.000 plaquetas. Descenso progresivo de cifras de plaqueta hasta 33.000 previo al traslado, presenta hemorragia subgaleal progresiva. Se transfunden plaquetas.

Respecto a la anemia, a su ingreso Hb 10.6 gr/dl con descenso hasta 9.4 mg/dl mantenida en las últimas 24 horas. Se mantiene hemodinámicamente estable en todo momento.

Se decidió su traslado al Hospital Universitario La Paz, a una unidad de nivel III-c, con los siguientes diagnósticos al alta: principal, sepsis precoz por E. Coli. Otros: Cefalohematoma, Coagulopatía de consumo, Trombopenia, Anemia, Insuficiencia renal aguda. Nefropatía.

A su ingreso en el Hospital Universitario La Paz, con 72 horas de vida, se aprecia hematoma subgaleal que afecta de forma simétrica, regiones parietotemporales y región occipital completa hasta región cervical posterior.

Tras su ingreso, la lesión de cuero cabelludo evoluciona progresivamente a necrosis, presentando signos inflamatorios (eritema y edema) en región frontal, realizándose cuatro intervenciones: el 19 de abril de 2016 (desbridamiento de toda la zona necrótica y drenaje de material purulento, cura con Aguace Ag), el 30 de abril (cura bajo anestesia general y drenaje de material purulento de la región frontal e interparietal), el 2 de mayo (cura bajo anestesia general. Continúa drenando material purulento en menor cuantía) y el 6 de mayo (injerto cutáneo de toda la zona afectada, empleando piel mallada 1:3 tomada de la espalda).

La evolución posterior fue favorable, realizándose primera cura del injerto bajo sedación el 12 de mayo de 2016 y apreciándose el injerto prendido prácticamente en un 100% de superficie.

Posteriormente se le realizaron curas en zonas puntuales. Durante su ingreso se realizan pruebas metabólicas y ecografía cerebral de control.

Con el diagnóstico principal de necrosis de cuero cabelludo en el contexto de sepsis y procedimientos (desbridamiento, curas e injerto de piel parcial) se le citó para volver a revisión en la consulta de Cirugía Plástica Pediátrica el día 2 de junio de 2016; a la de Neonatología preferentemente el 2 de junio 2016 (quedaba pendiente la realización de otoemisiones y valoración de posible parálisis facial), tenía que seguir las recomendaciones del informe de alta de Nutrición y volver a revisión el 2 de junio y hacer las curas según las instrucciones proporcionadas.

En cuanto a las otras patologías que presentaba la recién nacida, fue tratada en el Hospital Universitario La Paz y fue dada de alta el 7 de mayo de 2016 con los siguientes diagnósticos: 1. Recién nacido a término de peso adecuado para edad gestacional. 2. Sepsis por *Escherichia coli*. 3. Necrosis de cuero cabelludo. Injerto cutáneo. 4. Inestabilidad hemodinámica transitoria en contexto de sepsis. 5. Anemia multifactorial. 6. Trombopenia transitoria en contexto de sepsis. 7. Coagulopatía transitoria en contexto de sepsis. 8. Parálisis facial derecha.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se informó a los reclamantes sobre la normativa aplicable y el desarrollo del procedimiento y se dio traslado a la compañía aseguradora del SERMAS.

Figura incorporada al expediente la historia clínica del Hospital Universitario La Paz.

Se ha unido el informe de 9 de mayo de 2017 del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUPE en el que se describe la asistencia sanitaria prestada, del que podemos destacar:

*“Paciente de 34 años con el diagnóstico de hipertensión arterial crónica en tratamiento con Aldonet que inició control de gestación en nuestro centro el día 24/08/2015. Antecedentes obstétricos: 1 embarazo, 1 aborto.*

*Se realizó control en Consulta de Alto Riesgo Obstétrico por HTA e hipotiroidismo iniciándose también tratamiento con Eutirox 50 y control simultáneo en el Servicio de Nefrología y añadiéndose Adiro 100 mg/día.*

*Control de gestación favorable hasta el día 04/04/2016 a las 08:50 horas en la que ingresó en la 39 semanas, para finalizar gestación por HTA más elevación de Ácido Úrico, proteinuria y anemia (Hb 8,9 gr/dl).*

*Exploración al ingreso: Feto en longitudinal, cefálica. Cuello permeable a un dedo, consistencia media y formado. Monitorización fetal normal. Se inicia maduración cervical con prostaglandinas y optimización hematológica con hierro i.v.*

*El día 03/04/2016 a las 03:00 horas pasa a dilatación iniciándose inducción con Epidural. Se realizan dos microsomas fetales por registro poco reactivo y taquicardia fetal. A las 09:56 horas pH 7,32 y a las 12:09 horas pH 7,27. Se alcanza dilatación completa a las 12:00 horas realizándose a las 13:40 horas del día 03/04/2016 Fórceps de Kjelland en III plano por riesgo de pérdida de bienestar fetal.*

*Nace una mujer de 3380 gr con Apgar 9/10 y Ph arterial 7,25 y pH en vena 7,27.*

*Durante el puerperio se objetiva un hematoma de episiotomía que precisó drenaje y resutura, realizándose ésta el día 04/04/2016 a las 20:00 horas.*

*La paciente fue dada de alta el día 06/04/2016.*

*El neonato fue trasladado al Hospital de la Paz el día 06/04/2016 por indicación del Servicio de Pediatría”.*

Figura informe de 3 de mayo de 2017 del jefe de Servicio de Pediatría del HUPE que se refiere a la atención médica prestada a la niña entre las fechas 3 y 6 de abril de 2016, a cargo de este servicio. En este informe, tras relatar el nacimiento de la niña, se indica que pasa a planta de Obstetricia, donde Enfermería anota la marca de fórceps en ojo derecho, junto con edema de párpados y *caput*.

La primera exploración médica tuvo lugar en su primer día de vida (mañana del 4 de abril) como parte de la asistencia rutinaria al recién nacido en el servicio de Pediatría y se anotó en la historia clínica una exploración física normal salvo el *caput* descrito previamente. En las anotaciones de Enfermería del turno de mañana (entre las 18 y 26 horas de vida), se hace referencia a algunas dificultades para la lactancia, que se describen inicialmente como poca destreza de la madre. También se anota que ha sido visto por el pediatra, a quien se le informa de ligero quejido de la niña. Tras dicha valoración pediátrica, se anota una exploración física normal excepto *caput*, recomendando el médico que hace esta valoración que de seguir observando el quejido se le vuelva a avisar. En el turno de tarde del día 4, Enfermería anota que mama mejor y no se observa quejido. En el de noche se anota la existencia de cierta cianosis facial, se avisa al pediatra quien aprecia de nuevo quejido, frecuencia respiratoria elevada y se decide hospitalización en Neonatología a las 23 horas y 30 minutos del día 4 de abril con 33 horas de vida.

Durante la hospitalización en Neonatología, informa:

- “1. Ante los hallazgos clínicos observados: irritabilidad, quejido, taquicardia y polipnea con leve tiraje subcostal e intercostal, se solicitan exploraciones analíticas y radiología de tórax.*
- 2. Ante los resultados de los análisis y una vez recogidos cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo se diagnostica de sospecha de sepsis precoz y se inicia antibioterapia con ampicilina y gentamicina intravenosas.*
- 3. Tras el ingreso y hasta el traslado, la evolución clínica no es satisfactoria, progresando los síntomas y signos clínicos de sepsis, además se objetiva empeoramiento analítico, con deterioro de las pruebas de coagulación (signos de coagulopatía de consumo y trombocitopenia, en el contexto de la sepsis).*
- 4. El día 5 de abril se objetiva hematoma subgaleal extenso, que progresa de forma importante debido a la alteración de la coagulación secundaria a su vez a la sepsis que presentaba.*
- 5. Finalmente se confirma que la sepsis es debida a un Escherichia Coli.*
- 6. Se le practican a la paciente análisis seriados, y ecografía abdominal y cardiaca, resultando éstas normales sin signos de bajo gasto cardiaco en la ecocardiografía.*
- 7. Se practican las terapias necesarias desde el punto de vista respiratorio, digestivo, nutricional, metabólico, hematológico, renal e infeccioso (ver informe de alta de nuestra unidad), además de tratamiento analgésico según su necesidad. No precisó soporte cardiovascular.*
- 8. El día 6 de abril, a las 40 horas del ingreso y ante el cuadro de sepsis precoz confirmada por Escherichia Coli, con empeoramiento*

*progresivo del extenso hematoma subgaleal, signos de coagulopatía de consumo y anemia, se consulta el caso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H. Infantil La Paz, decidiéndose el traslado a la misma para proseguir con los cuidados médicos y quirúrgicos que se estimen necesarios.*

*9. Se considera como causa principal del cuadro la SEPSIS POR E. COLI, imprevisible dada la ausencia de factores de riesgo infeccioso, que ha provocado una grave alteración de la coagulación que a su vez y sobre la base de un hematoma delimitado, ha originado una hemorragia subgaleal extensa en el cráneo que ha evolucionado a una colección séptica con necrosis del cuero cabelludo”.*

El 4 de enero de 2017, la Inspección Sanitaria informó que *“la asistencia prestada por el Sº de Obstetricia, de Pediatría y la UCI de Neonatos del H. U. Príncipe de Asturias, ha sido adecuada”.*

Tras la concesión del oportuno trámite de audiencia, el 10 de abril de 2018 los reclamantes formularon alegaciones en las que, en esencia, reiteraron las de su escrito de reclamación, incidieron en que el fórceps no había sido aplicado de manera adecuada y que no se actuó con diligencia para solventar las lesiones del bebé; manifestaron que el HUPE había aportado los registros cardiotocográficos en ese momento y no con carácter previo y, por último, que seguía sin ofrecerse una respuesta razonada sobre el daño desproporcionado que se había causado, existiendo, por tanto, una presunción de defectuosa prestación del servicio que obligaba a invertir la carga de la prueba.

El 28 de febrero de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad, con entrada en la Comisión Jurídica Asesora el 1 de abril de 2019, se formuló preceptiva consulta a este órgano que fue registrada con el nº 180/19. Ha correspondido su ponencia al letrado vocal Dña. María del Pilar Rubio Pérez de Acevedo que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 6 de junio de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo estaba acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros, a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial se rige por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en lo sucesivo, LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

La niña está legitimada activamente al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP y del artículo 4 de la LPAC, por la asistencia sanitaria recibida. Al ser menor de edad, actúa representada por sus padres en virtud de lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil. Ha quedado acreditado el parentesco mediante la aportación del Libro de Familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid en cuanto titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el parto tuvo lugar el 3 de abril de 2016 por lo que la reclamación presentada el 27 de marzo de 2017 ha sido formulada en plazo con independencia de la fecha de estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, se han recabado los informes de los servicios a los que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC. El instructor ha solicitado un informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a los reclamantes que formularon alegaciones y, finalmente, se ha dictado una propuesta de resolución desestimatoria.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que

sufren en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y en lo que se refiere al procedimiento, por la LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (r.c. 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (r.c. 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (r.c. 2396/2014), requiere: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016 -r.c. 3033/2014-), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades

derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

De acuerdo con la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2018 (r.c. 1016/2016), en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (r.c. 4229/2011) y 4 de julio de 2013 (r.c. 2187/2010) *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de 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»*, por lo que *«si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido»* ya que *«la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados»*.

Lo cierto es que la asistencia sanitaria implica un obligación de medios, no de resultados, atendiendo siempre a las circunstancias y los síntomas que presenta el paciente en el momento en que dicha atención tiene lugar, sin que sea posible argumentar la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente. De esta forma, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (r.c. 2228/2014)

asevera que: “..., la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el procedimiento datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, se viene señalando que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales pueda tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis* puesto que al no proporcionar a los interesados esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal (Sentencias del Tribunal Supremo de 19 de mayo y 27 de abril de 2015, rrc 4397/2010 y 2114/2013).

**CUARTA.-** En el presente caso, los reclamantes reprochan mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada en el HUPE durante el parto a su hija por la indebida utilización del fórceps y la desidia en el tratamiento de las lesiones que le produjo.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la reclamante y a su hija, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la

prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. Así, según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo que se recoge en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 9 de marzo de 2016 (r. 658/2015), *“la prueba de la relación de causalidad entre la actuación administrativa y el daño causado, así como la existencia y contenido de éste, corresponde a quien reclama la indemnización, sin que proceda declarar la responsabilidad de la Administración cuando esa prueba no se produce”*.

En este sentido, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*, (en idéntico sentido, las Sentencias del mismo Tribunal de 15 y 16 de octubre de 2018- r. 394/2016 y 42/2017).

En el presente caso, los reclamantes, más allá de sus afirmaciones, no han presentado prueba alguna que demuestre que no se ha actuado conforme a la *lex artis*.

Respecto al primer reproche, señala la Inspección Sanitaria que la indicación de realizar un parto instrumental con fórceps es correcta, según las recomendaciones del protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para realizar un parto instrumental: bolsa amniótica rota, existía dilatación completa de 10

cm a las 12 horas, la cabeza del feto estaba encajada en el III plano de Hodge sin progresión, existía sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal en el RCTG y anestesia materna epidural satisfactoria.

Asimismo, indica que entre las complicaciones fetales de la utilización del fórceps están las laceraciones del cuero cabelludo fetal y hematomas, cefalohematoma y hemorragia subaponeurótica, entre otras.

La Inspección señala que la niña presenta una sepsis por E. Coli por una probable contaminación vertical en el canal del parto (aparece en las primeras 32 horas de vida) y el hematoma subgaleal se contamina con la misma bacteria y aumenta su tamaño debido a la coagulopatía que se añade en el contexto del cuadro de sepsis. Se trata de un caso muy poco frecuente pero posible, más si se tiene en cuenta que se realizaron 2 microtomas en la calota del feto para obtener el pH en sangre y correlacionarlo con el registro cardiotocográfico que era poco tranquilizador.

La niña, como consecuencia de la necrosis fue sometida a varias reintervenciones para rehacer el cuero cabelludo y necesita injerto de su propia piel. Evolucionó bien y fue dada de alta. Además, señala la Inspección, en la revisión neurológica que se le hizo a los seis meses no se objetivaron déficits.

Por tanto, de acuerdo con las manifestaciones de la Inspección, la utilización del fórceps fue correcta y la niña nació sin sufrimiento fetal, tal y como reconocen sus padres en el escrito de reclamación. Sufrió una infección por E. Coli y una serie de complicaciones de las que fue debidamente diagnosticada y tratada.

Además, no existe daño desproporcionado porque se trata de complicaciones posibles del uso del fórceps y otras que no guardan

relación con el uso del mismo, sobre lo cual se ha ofrecido una explicación razonable en los informes que constan en el expediente.

En definitiva, hemos de concluir que el manejo de la paciente fue acorde a la *lex artis* pues así se deriva de la historia clínica y de los informes de los servicios implicados corroborados por el de Inspección Sanitaria.

Ante la falta de aportación de prueba por los reclamantes, prevalece la fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria habida cuenta de su especialización y de la objetividad e imparcialidad presumible en el ejercicio de sus atribuciones, doctrina aplicada por esta Comisión, en línea con las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) y de 16 de marzo de 2017 (r. 155/2014, que señala que dicho informe, así como el resto de los que obran en el expediente administrativo *“no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

En este sentido, la Inspección Sanitaria considera, después de estudiar y analizar el caso en profundidad, que la asistencia prestada ha sido adecuada, por lo que debemos atenernos a esta conclusión.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación formulada por no haberse acreditado la vulneración de la *lex artis*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 6 de junio de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 237/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid