

Dictamen nº: **44/17**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación **02.02.17**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de febrero de 2017, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. L.A.R., en nombre y representación de Dña. N.G.G. y de su hija menor de edad, A.R.G., sobre responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen a la defectuosa asistencia en el parto en el Hospital Universitario de Getafe.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 5 de febrero de 2016 tuvo entrada en el Servicio Madrileño de Salud un escrito presentado el 3 de febrero de 2016 en una oficina de Correos, en el que la persona citada en el encabezamiento, relata que Dña. N.G.G. fue atendida el 4 de febrero de 2015 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe por rotura prematura de membranas. El escrito de reclamación detalla que se procedió a la inducción del parto mediante oxitocina y reprocha que a pesar de existir indicación de cesárea, la misma no se practicó, debiendo utilizar fórceps por sufrimiento fetal. Refiere que la niña nació con marcas del fórceps, paresia facial, edema en el párpado, dificultad a la apertura del ojo derecho, desviación de la comisura bucal, con llanto y vómitos. Añade que

la menor estuvo realizando tratamiento de fisioterapia y osteopatía desde el 26 de febrero de 2015 al 24 de octubre de 2015 por parálisis facial izquierda obstétrica.

En cuanto a la madre, el escrito de reclamación expone que tras el parto sufrió daños vaginales y dermatológicos así como un trastorno ansioso depresivo.

En la reclamación se reprocha que las lesiones sufridas tanto por la madre como por la niña han sido ocasionadas por no llevarse a cabo una cesárea a pesar de estar indicada, induciendo el parto mediante oxitocina a dosis más altas de las recomendadas; porque hubo sufrimiento fetal, según se desprende de la monitorización; porque no hubo un correcto seguimiento por parte del personal sanitario y porque finalmente se requirió el uso de fórceps, no haciendo un uso adecuado de los mismos.

En virtud de todo lo expuesto se solicita una indemnización en cuantía que no se concreta.

La reclamación se acompaña con copia de la escritura de poder otorgada a favor de la firmante del escrito de reclamación así como con diversa documentación médica (folios 1 a 150 del expediente).

Posteriormente, a requerimiento de la Administración, se aportó copia del libro de familia con el objeto de acreditar la relación materno-filial (folios 156 a 159 del expediente).

SEGUNDO.- Examinado el expediente administrativo, se dan por acreditados los siguientes hechos de relevancia para la resolución:

Dña. N.G.G., con antecedentes de varios procesos de bartholinitis abscesificada que requirieron drenaje quirúrgico, hernia discal, ciática, esguince cervical y varias crisis de ansiedad que habían precisado en ocasiones baja laboral, en mayo de 2014 inició gestación de su hija A.R.G.

El día 4 de febrero de 2015, a las 6:30 horas, ingresa en el Hospital Universitario de Getafe por rotura precoz de membranas dos horas antes, con gestación a término de 39 + 2. La paciente no refiere sangrado vaginal ni sensación de dinámica uterina regular ni dolorosa. En el momento del ingreso, la exploración muestra un cuello de consistencia dura, posterior, con un 50% de borramiento y dilatación de 1 cm. La presentación está en primer plano. El líquido es claro y la monitorización muestra una frecuencia cardiaca fetal de 140 lpm (normal) y una dinámica escasa. Se ingresa a la paciente para conducta expectante durante 12 horas, con inducción al parto a las 12 horas de bolsa rota.

A las 14:30 h del día 4 de febrero solicita enema que se administra y la reclamante firma consentimiento informado para la inducción.

A las 16 horas se inicia la inducción con administración de Oxitocina a 3 ml/h, (a dosis crecientes).

En la exploración de las 18 horas, el borramiento es del 70% y las contracciones tienen una frecuencia de 3 cada 10 minutos. El Registro cardiotocográfico (RCTG) es normal.

En el segundo control, a las 20 horas la exploración es similar, la dilatación es de 2 cm con Oxitocina a 30 ml/h y RCTG normal.

A las 20:30 h la reclamante solicita anestesia epidural, que se pone a las 21 horas tras la firma de consentimiento informado. En dicho documento se recogen los riesgos de la anestesia, entre los que figura, dentro del apartado de los más frecuentes, el aumento de porcentaje del parto instrumentado (fórceps, ventosas...) (folios 208 y 209).

A las 22 horas el borramiento es del 80%. El cuello está centrado, la consistencia es media y tiene una dilatación de 3 cm, con dosis de Oxitocina a 36 ml/h. Se inicia partograma. Las anotaciones muestran una

buena progresión de la dilatación del cuello (borrado y blando) que se detiene en 9 cm entre las 7 y las 9 de mañana.

A las 10 horas de la mañana del día 5 de febrero la dilatación es completa. A esa hora figura la última anotación de la altura de la cabeza en el partograma entre el segundo y el tercer plano.

Poco antes de las 11 horas la reclamante pasa a paritorio.

Se realiza episiotomía, se aplican fórceps y el parto termina a las 11:49 horas del día 5 de febrero con el nacimiento de una niña de 3440 gr, con APGAR: 9/10 y pH del cordón: 7.27/7.33. No consta ninguna incidencia en el transcurso del expulsivo más que la utilización del fórceps por prolongación en el tiempo del mismo. Las anotaciones correspondientes al parto no incluyen ningún signo de alarma. No aparece tampoco la altura en la que se encuentra la cabeza en el momento de la aplicación del fórceps. El alumbramiento es dirigido con expulsión de membranas íntegras y revisión del canal de parto normal.

Tras el parto, alrededor de las 14:00 horas vuelven a la habitación donde la exploración de la madre es normal y se inicia lactancia materna. La niña presenta marcas de fórceps, paresia facial, edema en parpado, dificultad a la apertura de ojo derecho y desviación de la comisura bucal a la derecha que le permite buen agarre en las tomas.

En las revisiones a la madre tras el parto, las exploraciones de altura de útero, metrorragia y episiotomía son siempre normales. Refiere dolor por hemorroides que están edematosas y no trombosadas. Se pauta paracetamol y se recomienda primero hielo local y posteriormente reducción manual y baños templados de asiento.

El día 7 de febrero de 2015 se produce el alta hospitalaria y la niña pasa a control de consultas externas de Neuropediatría.

El 10 de febrero de 2015 se realiza a la menor una ecografía cerebral en el Hospital Universitario de Getafe para valorar la parálisis facial.

La menor es vista el 27 de marzo de 2015 en la consulta de Neurología del Hospital Universitario de Getafe. En la revisión la niña presenta una evolución normal, aunque persiste la parálisis facial.

La niña es vista en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón el 20 de abril de 2015. Se solicita estudio neurofisiológico e interconsulta con el Servicio de Oftalmología.

El 5 de mayo de 2015 se realiza estudio neurofisiológico del que resultan signos de lesión del nervio facial izquierdo de tipo mixto (axonal y desmielinizante) y grado importante.

La niña es valorada para segunda opinión en el Hospital Universitario La Paz el 19 de mayo de 2015. Se anota que la menor presenta parálisis facial izquierda desde el nacimiento por parto instrumental (fórceps). No parpadea y cuando llora no cierra el ojo izquierdo. Cuando duerme sin embargo cierra simétricamente los dos párpados. Presenta caída de la comisura bucal izquierda con desviación hacia la derecha cuando sonríe. La niña es remitida a Rehabilitación y a la Unidad de Parálisis Periférica.

El 29 de julio de 2015 se repite estudio en el Hospital Universitario La Paz. Se observa actividad motora voluntaria en lado izquierdo de orbicular de labios, en parte transmitida desde el lado derecho. No obstante algunos hallazgos de la exploración indican que puede haber una reinervación muy incipiente e inmadura. En octubre se repite el EMG confirmando la actividad motora voluntaria en orbicular y sin cambios significativos respecto al anterior estudio.

En los últimos informes adjuntos al expediente se mantiene la parálisis facial izquierda. La niña estuvo recibiendo tratamiento de

fisioterapia y osteopatía hasta el 24 de octubre de 2015 y posteriormente siguió en revisiones por los servicios de Rehabilitación, Oftalmología y Neuropediatría.

Por lo que se refiere a la madre, en un informe de 24 de octubre de 2015 se indica que ha acudido a un centro de Fisioterapia y Osteopatía por lumbalgia y cervicalgia y que presenta incontinencia de esfuerzo desde febrero de 2015. Consta en la documentación aportada que fue tratada por acné conglobata y que además refirió citalgia que asociaba a desplazamiento de la vagina por el fórceps, si bien en la exploración se apreció una vagina rigurosamente normal y cuello, útero y anexos normales.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJAP-PAC) y el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Universitario de Getafe (folios 160 a 318 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al procedimiento el informe de 22 de febrero de 2016 del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe en el que tras detallar la asistencia sanitaria dispensada a la gestante en el parto, justifica tanto la indicación del parto vaginal como el uso de fórceps de Kjelland en occipito-iliaca derecha anterior III-IV plano *“dado que la duración del expulsivo llega casi a 2 h y se detecta cierto agotamiento materno por las horas de parto”*.

Consta en el expediente que a requerimiento de la Inspección Sanitaria el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe emitió un informe complementario el 26 de abril de 2016 aclarando dos cuestiones: la existencia en la historia clínica de alguna anotación sobre el plano en el que encontraba la cabeza fetal en el momento de la aplicación del fórceps así como por qué en el informe correspondiente aparece anotado y posteriormente tachado “*indicación cesárea*”. En relación con el primer interrogante planteado por la Inspección Sanitaria el informe indica que la última anotación sobre la altura de la presentación es aproximadamente a las 10 horas en que se dibuja en segundo plano de Hodge y dilatación completa, si bien en ese momento no pasa a paritorio porque hay que esperar hasta que la cabeza llegue a tercer plano o que la gestante tenga deseos imperiosos de pujo. Señala que por eso tras 48 minutos pasa a paritorio porque la cabeza alcanza el tercer plano, si bien el partograma no lo refleja porque es un registro de dilatación y solo se completa hasta que la paciente entra en paritorio. En cuanto a la segunda cuestión el informe aclara que no existía en este caso indicación de cesárea y que en el informe de obstetricia al estar informatizado es una variable que sale por defecto. Como en este caso no se realizó cesárea aparece en blanco y sólo queda relleno cuando se realiza la intervención para anotar cual fue la indicación de la misma.

Figura en el expediente el informe de 12 de mayo de 2016 de la Inspección Sanitaria, en el que tras analizar la asistencia dispensada a la gestante y efectuar las consideraciones médicas oportunas, concluye que “*la asistencia sanitaria que se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Getafe, fue la adecuada a la lex artis en tiempo y forma, durante el parto, así como la indicación de parto instrumental mediante fórceps y la realización del mismo. Están dentro de la práctica clínica adecuada y no se aprecia mala praxis en las decisiones tomadas por el personal sanitario. La aparición de parálisis facial traumática*

es una de las posibles complicaciones relacionadas con el uso de fórceps como se ha visto en la bibliografía consultada”.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a las interesadas. Con fecha 20 de junio de 2016 formulan alegaciones en las que inciden en los términos de su reclamación inicial y cuantifican el importe de la indemnización solicitada en la cantidad de 81.218,91 euros para la madre y 101.279,41 euros para la niña. Añaden que debió informarse a los padres de los daños producidos a la menor por el uso de los fórceps a fin de que se les dieran las directrices necesarias para el tratamiento y seguimiento de las lesiones de la niña.

Finalmente, con fecha 15 de noviembre de 2016, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que no hubo *mala praxis* en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en el parto de su hija.

CUARTO.- El día 23 de diciembre de 2016 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen preceptivo en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 656/16, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 2 de febrero de 2017.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley Reguladora 7/2015, de 28 de diciembre (LRCJA), según el cual: “3. *En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”.

En el caso que nos ocupa, las reclamantes han cifrado el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 15.000 euros por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJAP-PAC y al RPRP, al haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La condición de interesada *ex* artículo 31 de la LRJAP-PAC concurre evidentemente en la madre, quien ejerce la pretensión indemnizatoria en su propio nombre y derecho, en cuanto persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada y además, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo

162 del Código Civil, que atribuye la representación legal de los menores no emancipados a los padres, en nombre y representación de su hija menor de edad, afectada por patologías que se imputan a la asistencia sanitaria dispensada durante el parto. Se ha aportado para acreditar la relación materno-filial fotocopia del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid dado que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del Hospital Universitario de Getafe integrado en la red sanitaria pública madrileña.

A tenor del artículo 142.5 de la LRJAP-PAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, cuando se trate de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. En el presente caso en el que se reclama por las secuelas que se atribuyen a la asistencia dispensada durante el parto que tuvo lugar el día 5 de febrero de 2015, no cabe duda que la reclamación formulada el 3 de febrero de 2016 se habría presentado en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la determinación del alcance de las secuelas.

En cuanto al cumplimiento de los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJAP-PAC desarrollado por el RPRP, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1 del RPRP se ha emitido informe por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Getafe, implicado en el proceso asistencial objeto de reclamación. Consta también en el expediente, como se ha dicho, el informe de la Inspección Sanitaria y se ha conferido el trámite de audiencia a las interesadas, de conformidad con los artículos 84 de la LRJAP-PAC y 11 del RPRP. Por último se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite

que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada Ley 39/2015, si bien, como ya apuntamos anteriormente, en este caso habrá de estarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP, dada la fecha de iniciación del procedimiento.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAPyPAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) «*que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico*».

CUARTA.- En el caso que nos ocupa, vistos los términos de la reclamación, se infiere que se reprocha la defectuosa asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de Getafe durante el parto de la hija de la reclamante, al considerarse que debió practicarse una cesárea, en lugar de un parto inducido mediante oxitocina al existir sufrimiento fetal, así como por la utilización de fórceps haciéndose un mal uso de los mismos. Igualmente se reprocha falta de información sobre la patología que afectaba a la niña para un correcto tratamiento y seguimiento de la menor.

Las reclamantes no aportan ningún informe médico de signo contrario que sirva para apoyar su afirmación de que los servicios sanitarios actuaron en contra de la *lex artis ad hoc*, como deberían haber hecho en aplicación de las reglas generales sobre distribución de la carga de la prueba. Por ello, a falta de otros informes médicos, hemos de dar por buenas las conclusiones que se recogen en los informes que obran en el expediente. En particular, resultan especialmente relevantes las conclusiones sentadas por la Inspección Sanitaria, dada su presumible actuación con objetividad, independencia y profesionalidad, que ha destacado reiteradamente esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes, haciéndonos eco de la jurisprudencia. Pues bien, la Inspección Sanitaria en su informe concluye que la asistencia sanitaria dispensada durante el parto fue conforme a la *lex artis*.

Centrándonos en el análisis de los reproches de la reclamación debemos comenzar indicando que los informes médicos rechazan que la cesárea estuviera indicada en el caso que nos ocupa. En este punto la Inspección Sanitaria es concluyente cuando señala que “*no hay ningún dato de sospecha de sufrimiento fetal que orientara hacia la realización de cesárea como posteriormente quedó demostrado: tanto los PH del cordón, como la puntuación APGAR de la recién nacida eran perfectamente normales*”.

En el informe de la Inspección Sanitaria se valoran todas las actuaciones seguidas con carácter previo y durante el parto para concluir que toda la asistencia se encuentra dentro de la práctica clínica adecuada. En este sentido señala que resulta conforme a los protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología mantener una actitud expectante cuando la embarazada ingresó por rotura prematura de membranas, en espera de que se inicie el parto de forma natural y transcurridas 12 horas, que la Inspección Sanitaria considera un tiempo prudencial, se comience la inducción.

Como hemos visto la reclamante considera que la inducción con oxitocina se realizó en dosis excesivas. La historia clínica muestra que se comenzó con dosis de 3 ml/h, en dosis progresivas, subiendo lentamente hasta 36 ml/h. En contra de lo manifestado por la reclamación sin prueba alguna, la Inspección Sanitaria es clara cuando subraya que la pauta de oxitocina marcada fue ajustada a protocolo.

El examen de la historia clínica permite observar que la maduración del cuello de útero fue evolucionado, alcanzándose la dilatación completa a las 10 horas del día 5 de febrero, cuando la cabeza fetal estaba pasando el segundo plano de Hodge. Según se explica en los informes médicos se mantuvo una espera de 48 minutos, a pesar de la dilatación completa, y cuando en la exploración se apreció que el punto guía llegaba al tercer plano, se decidió pasar a la reclamante al paritorio. En relación con esta forma de proceder la Inspección Sanitaria no aprecia ninguna nota negativa sino que al contrario considera que toda la actuación está ajustada a la *lex artis* “no se actúa con prisa. Se mantienen los tiempos de espera”.

Por lo que se refiere al parto instrumental mediante la utilización de fórceps, cabe señalar que según las consideraciones médicas de la Inspección Sanitaria, su indicación se produce en cualquier condición materno-fetal que sea probable que se alivie el parto, siempre y cuando se

pueda realizar de forma segura. Entre los supuestos de indicación se citan los expulsivos prolongados, la abreviación electiva de expulsivo por agotamiento o el riesgo de pérdida de bienestar fetal. También se explica que la anestesia epidural, en cuanto lentifica el segundo estadio del trabajo de parto y disminuye el esfuerzo expulsivo materno, aumenta la frecuencia de los partos instrumentales, lo que aparecía claramente recogido en el consentimiento informado para anestesia epidural que firmó la reclamante. En este caso, según el informe de la Inspección Sanitaria, su indicación estaría justificada *“ante la prolongación del proceso y aparición de ligera taquicardia en la frecuencia cardíaca fetal”*. Respecto a la cuestión del plano en el que se encontraría la cabeza fetal en el momento de la utilización del fórceps, que en principio suscitó el interrogante de la Inspección Sanitaria, habida cuenta de que en la última anotación del partograma figuraba el segundo plano, resulta aclarado por la explicación complementaria ofrecida por el Servicio de Obstetricia y Ginecología y así lo recoge la Inspección Sanitaria cuando indica *“parece razonable pensar que si a las 10 de la mañana la cabeza estaba pasando el segundo plano, la dilatación estaba completa y no había desproporción pelvicocefálica, siguiera descendiendo y el paso a paritorio estuviera marcado por este descenso como indica el facultativo en su ampliación de informe”*.

En resumen, según los informes médicos que obran en el expediente, la indicación del parto instrumental fue correcta, y aunque el mismo presentó ciertas complicaciones, no por ello cabe entender que hubo *mala praxis* en su realización. No se constata en la historia clínica ninguna incidencia durante el parto, que pudiera evidenciar la existencia de mala praxis, ni la reclamante ha aportado prueba alguna en este punto. No obstante, a pesar de que la asistencia sanitaria dispensada fuera irreprochable desde la perspectiva de la *lex artis*, resulta evidente que surgieron unas complicaciones posibles en este tipo de partos. Según el informe de la Inspección Sanitaria, la utilización de fórceps puede tener asociada una serie de complicaciones, como es la parálisis facial

traumática que en este caso se materializó. No obstante resulta claro que su utilización puede prevenir mayores complicaciones, como podría ser la asfixia perinatal.

Por lo que se refiere al seguimiento de la lesión de la niña tras el nacimiento, respecto a la que las reclamantes denuncian falta de información para poder haber realizado un tratamiento más precoz, resulta desmentida por la historia clínica que muestra una constante atención a la recién nacida, pues la parálisis facial está recogida en las hojas evolutivas desde el mismo día del nacimiento y además muestran la realización de pruebas diagnósticas de manera temprana (ecografía cerebral), como recogen y documentan las reclamantes en su escrito, así como la derivación de la niña a consultas de Neuropediatría desde el mismo momento del alta tras el parto. Posteriormente la menor ha sido tratada en distintos centros hospitalarios públicos y por un equipo multidisciplinar (Neuropediatría, Oftalmología y Rehabilitación). Las reclamantes no aportan prueba alguna de la necesidad de un tratamiento distinto o más temprano, y la Inspección Sanitaria no deduce ninguna nota negativa respecto al tratamiento y seguimiento de la patología de la niña por lo que a esta consideración debemos atenernos.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a las reclamantes.

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 2 de febrero de 2017

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 44/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid