

Dictamen n.º: **281/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.06.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 18 de junio de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por E.T.P. (en adelante “*la reclamante*”), sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 12 de abril de 2013, la reclamante presentó escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria que recibió en el parto de su hijo en el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS).

En su escrito manifestaba que el 12 de abril de 2012, en la semana 38 + 6 de gestación de su primer hijo, ingresó a las 20:00 horas en el Servicio de Urgencias del HUIS y que la inducción al parto se llevó a cabo mediante la rotura artificial de la bolsa amniótica y la administración de oxitocina sintética, directamente, sin maduración previa y sin recibir

información de ningún tipo sobre la indicación, beneficios, riesgos o alternativas existentes.

Igualmente, que le fue practicado un enema, a pesar de que la evidencia científica había desterrado tal práctica para la preparación al parto y sin su consentimiento.

Censuraba además que se le administró la anestesia epidural prematuramente, sin solicitarlo, y previamente a la dilatación, a pesar de que, consideraba, no debía aplicarse hasta constatarse entre 3 y 4 cm de dilatación. Señalaba que la epidural le durmió totalmente las piernas, impidiéndola caminar o tener sensación de pujo, existiendo en la actualidad epidurales que permiten un mayor control del cuerpo (*“walking epidural”*).

Relataba igualmente que solicitó que la monitorización del parto fuese llevada a cabo externamente, lo cual se le denegó, ocasionando durante la preparación a la monitorización daños y la rotura de la bolsa amniótica y que finalmente, ante las dificultades en la preparación de la monitorización interna, la asistente optó por realizarla externamente, tal y como inicialmente la reclamante solicitó.

Asimismo explicaba que en el momento del parto acudieron muchas personas a observar el proceso, sin identificarse, y sin solicitarle permiso para observar las actuaciones que se estaban llevando a cabo y que expulsaron a su marido de la habitación en un momento en el que le comunicaron que debían extraer sangre de la cabeza del feto, para medir el pH y determinar si existía sufrimiento fetal, hecho que la ocasionó una situación de preocupación y miedo, que no pudo compartir con su marido.

Respecto a la prueba de pH realizada, manifestaba que ésta implicaba *“pinchar la cabeza del bebé y extraerle sangre”* y que la facultativo que procedió a tomar la muestra, prácticamente *“martilleó”* la cabeza del bebé. Esta situación, señalaba, la hizo sufrir por el bienestar de su hijo y por la continua expulsión de su marido.

Añadía por otra parte que se le negó una postura más incorporada que favoreciera el expulsivo, aún estando recogida tal recomendación por la OMS y por la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, y que le fue practicada la maniobra de Kristeller a pesar de las múltiples complicaciones asociadas a la misma, y en concreto a la posibilidad de hemorragia, que luego padeció.

Fruto de todo ello estima, dio a luz a su bebé con toda la cabeza llena de sangre y heridas por los pinchazos que había recibido.

Por último reseñaba que tras el parto advirtió que estaba sangrando en abundancia sin que se le prestase la debida atención cuando con posterioridad requirió dos concentrados de hematíes y un legrado para limpieza interna; respecto del legrado censuraba que se le informó de su necesidad a las 18:00 horas y que se realizaría a las 20:00 horas, aunque al final se realizó antes (19.00 horas) con carácter urgente.

Por todo ello consideraba haber sufrido un daño moral, derivado de la *“privación al derecho a la autonomía personal y moral”*, un daño psicológico por empeoramiento de sus problemas de ansiedad e insomnio y un intervencionismo médico desmesurado. Igualmente consideraba que como consecuencia de la asistencia recibida sufrió daño físico consistente en una intervención quirúrgica de emergencia y una hemorragia, que le ocasionó debilidad y fatiga durante dos meses así como una lesión perineal.

Solicitaba por ello una indemnización por importe que no determinaba, así como la admisión de prueba documental y testifical (en la persona de su marido), e incorporar al expediente: su historial clínico y el de su hijo, el protocolo de inducción al parto, consentimientos informados, el protocolo de atención al parto normal y el nombre completo, titulación y función de las personas que estuvieron presentes en el parto y a cargo del control postparto.

Acompañaba a su escrito un certificado de registro de ciudadana de la Unión, copia del informe de alta, y diversas guías relacionadas con el parto, elaboradas por la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante ingresó en el HUIS el 12 de abril de 2012, por rotura de membranas de más de 24 horas de evolución, contracciones, sangrado escaso y salida del líquido desde el día previo (11 de abril) en la mañana, con cérvix favorable. La gestación había sido controlada en otro centro.

En la exploración previa al ingreso, se confirmó la existencia de bolsa rota, cuello en posición media, permeable a 2 dedos amplios, borrado un 60-70% y presentación fetal longitudinal cefálica.

Se realizó monitorización primeramente externa y, una vez ingresada, monitorización mixta con electrodo fetal interno, con muestras de pH intraparto, y se pautó tratamiento con oxitocina.

Durante su ingreso fue valorada por anestesista a las 23:40 horas, quien realizó punción epidural, permaneciendo la reclamante en observación, previa firma del consentimiento informado.

Se avisó para valoración médica a las 00:19 horas por disminución de la variabilidad en tramo de monitor, que aumentó tras la exploración, y a las 02:22 horas que se volvió a avisar por el mismo motivo con idéntico resultado.

En la historia clínica se reflejan datos clínicos monitorizados durante el parto así como recogida de datos de interés para la planificación del mismo, entre ellos figura maniobra de Kristeller, indicándose que no se realizó, y exploración postparto en el que se detalla la existencia de un desgarro tipo II que precisó sutura.

El día 13 a las 13:55 horas ingresó en planta tras parto eutócico. Presentó palidez cutánea, mucosa llamativa, con sangrado moderado que bajó un poco de intensidad. Se exploró útero, que estaba bien contraído, y se comprobó tratamiento, lactancia y constantes vitales.

A las 15:51 horas, se avisó a Medicina Interna para valoración de la paciente, que presentaba mareo y hemorragia vaginal constante en escasa cuantía y que en la exploración parecía proceder de dislaceración de cara lateral derecha de vagina. Se solicitó ecografía y analítica.

A las 16:15 horas se avisó al ginecólogo de guardia. Se canalizó vía y se extrajo hemograma, coagulación y grupo pendiente. La reclamante se encontraba en dieta absoluta, y se le administró oxitocina.

A las 16:56 horas se registraron las pruebas complementarias comparándose con cifras previas. La ecografía mostraba útero puerperal ocupado por material ecomixto sugestivo de restos de membranas de 46 mm., fundamentalmente a nivel de istmo.

Ante la persistencia del sangrado, se decidió realizar legrado, que fue llevado a cabo a las 19:00 horas, extrayéndose abundantes coágulos de cavidad, sin objetivarse restos placentarios. Se realizó revisión vaginal, no

apreciándose desgarros, y revisión manual de cavidad comprobándose finalmente eco de cavidad vacía sin restos, consiguiéndose el cese del sangrado.

A las 20:13 ya en REA se mantuvo vigilancia hemodinámica y respiratoria, se vigiló sangrado vaginal y tono uterino, se solicitó analítica de control, y fue valorada por anestesista. Con todos estos datos, se valoró de nuevo a la reclamante y por evolución favorable, se avisó a la familia, según nota de las 21:39 horas, y la reclamante pasó a planta. Se le solicitó consentimiento informado para transfusión de dos concentrados de hematíes una vez confirmada anemia en el resultado de las distintas pruebas analíticas.

En el segundo día de postparto, se mantuvo en buen estado general, persistiendo palidez mucocutánea. Dada la buena evolución, se procedió al alta el 15 de abril.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente informe del jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUIS, de 21 de junio de 2013, en el que manifestaba:

“(...) La bolsa amniótica rodea al feto y representa una barrera de protección importante; su problema, al romperse, es que existe

un riesgo de contaminación bacteriana a partir de los gérmenes que se encuentran en la vagina, pudiendo provocar un cuadro infeccioso (corioamnionitis) que puede propagarse no solo al feto, sino también a la madre, incrementando la morbimortalidad materno-fetal de una manera importante. Este riesgo infeccioso está muy relacionado con el tiempo que transcurre de bolsa rota. (...)

Si atendemos a la exploración al ingreso, podemos ver que el parto, desde el punto de vista clínico, estaba a punto de iniciarse, ya que no se daban todas las condiciones anteriormente expuestas para así considerarlo (el borramiento no superaba el 80%, las contracciones eran irregulares).

En este contexto, tratándose de una gestación a término (38,6 semanas), que ya se había superado el tiempo prudente de bolsa rota, y que el parto se encontraba prácticamente en su inicio, la decisión de inducir el parto se debe considerar totalmente correcto. Además, en este caso, y de forma estricta, no se puede hablar como tal de inducción, al presentarse unas condiciones muy favorables del cérvix, sino de conducción, entendiendo como tal una ayuda, generalmente con el uso de un fármaco estimulador de las contracciones (oxitocina), para regularizar las contracciones haciéndolas más eficaces para el inicio definitivo de la fase activa del parto y su progreso. (...)

Con respecto al punto 3, y apoyando lo señalado en el escrito realizado por la Supervisora de Matronas, en este Centro jamás se instaura una anestesia epidural si la gestante no la solicita, y, a este respecto, consta el documento de consentimiento informado específico firmado por la reclamante.

No es cierto que la epidural se deba poner con una determinada dilatación; hay que ponerla cuando el parto esté ya en fase activa y la gestante la requiera; ambas circunstancias existían en este caso.

Con respecto a la mencionada walking epidural, si bien se ha descrito en la literatura, su implementación depende de numerosos factores y dependerá de los existentes en cada centro. En este Hospital no está protocolizada. (...)

Con respecto a la colocación del electrodo fetal para el control de la frecuencia cardiaca fetal, en este centro tenemos como normal el uso de este tipo de control fetal cuando se emplea oxitocina (fármaco uteroestimulante), al ser el método más idóneo para ello. (...) Es obvio, por lo tanto, que la monitorización fetal realizada en este caso fue mixta, tanto externa como interna, tal y como se indica en el informe de alta; no entiendo por qué se dice que esta afirmación es falsa.

En el punto 6, 7 y 8, referente al derecho de la intimidad y acompañamiento de la persona elegida, se indica que en un momento dado vino mucha gente para observar, (...) Este momento, según reconoce la propia reclamante, coincide con la toma de pH fetal; esta prueba tiene como objetivo hacer un estudio gasométrico en sangre fetal obtenida mediante un pequeño corte producido con una lanceta en la piel del cuero cabelludo. (...)

Desde el punto de vista técnico, esta toma de pH implica un personal necesario para poder realizar el procedimiento; en este Centro no disponemos de residentes de matrona ni de ginecología, a lo sumo en la habitación debería estar la ginecóloga que realizó el pH, asistida por la matrona o por su compañero de guardia, una

auxiliar y otra matrona de apoyo. Cada una de ellas tiene una labor claramente establecida en este proceso.

Como todo acto médico, y la toma de pH lo es, se solicita que el acompañante, en este caso su pareja, salga de la habitación, previa explicación del motivo, como consta que se hizo según palabras de la propia reclamante me dijeron que tenían que sacarle sangre de la cabeza al bebe para ver si había sufrimiento fetal .

Es realmente increíble que la toma de ph se equipare a martillear la cabecita de mi bebé, cuando ya ha quedado claro que se trata de un acto médico de una importancia trascendental a la hora de la valoración del estado fetal real y cuya realización estaba totalmente justificada.

Por último, en este punto, debo recalcar que en este centro somos absolutamente respetuosos con la privacidad e intimidad del proceso del parto, cosa de la que nos sentimos especialmente orgullosos y por la que hemos recibido numerosas felicitaciones.

Es totalmente falso que se restringiera la presencia de su marido en varias ocasiones sin motivo alguno; siempre hay alguno, por ejemplo, alguna exploración, la citada toma de pH, todos son actos médicos en los que no hay obligatoriedad alguna de que esté presente el acompañante; creo que es fácil entender, ¿el acompañante pasa a la sala de exploración a ver cómo se hace una colonoscopia, una cirugía, aunque sea menor, o una simple citología?. (...)

Con respecto a la maniobra de Kristeller, punto 11, como técnica destinada al descenso del feto por el canal del parto, no está recomendada por su probada inutilidad y posibles riesgos, pero los protocolos actuales sí la contemplan como ayuda para lograr la

salida de la cabeza, en el momento final del parto. En estas condiciones no existe riesgo materno-fetal alguno.

Siguiendo con el punto 11, el periodo de expulsivo tuvo una duración de 2 horas y 05 minutos, que está dentro de los tiempos normales teniendo en cuenta la condición de primípara y con epidural. Cualquier persona puede entender que el recién nacido salga impregnado de sangre materna procedente del canal del parto. En este caso, como es práctica habitual en este servicio, no se practicó episiotomía, pero sí se produjo un desgarro leve en perineo. Con respecto a las heridas de la cabeza fetal, no consta en el servicio de Neonatología nada respecto a las mismas.

Con respecto al punto 13, referente a la falta de control postparto, (...), debo indicar que consta control puerperal normal con tensiones arteriales normales, contracción uterina normal y sangrado habitual. La impresión de sangrado subjetivo personal, no tiene valor alguno.

Prueba de lo anterior es que si el parto tuvo lugar a las 8.02 horas, la primera llamada al ginecólogo de guardia es a las 15.15 horas, por presentar mareo y sangrado escaso y constante.

En la exploración se aprecia leve sangrado que parece proceder del desgarro vaginal ya citado, por lo que se indica realización de ecografía y de hemograma urgente, constatando la sospecha de que pueden quedar restos de membrana amniótica retenida en su interior, por lo que se indica un legrado uterino.

Durante el mismo, lo único que se extraen son abundantes coágulos sin evidencia de restos placentarios o de membranas, cediendo el sangrado.

No es cierto que hubo 8 horas de sangrado intenso, circunstancia que hubiera provocado una situación de alteración hemodinámica evidente (hipotensión, taquicardia, incluso estado de shock).

Por otro lado, a las 16.56 horas se recibe el resultado de analítica (hemograma) con resultado de hemoglobina de 10.7 gr, cuando la previa de 1 mes antes del parto era de 11.4 gr. Este mínimo descenso es lógico teniendo en cuenta que existió un parto previo, y no indica un sangrado evidente y tan importante como quiere dar a entender la reclamante, ya que si así fuera, la disminución en las cifras de la hemoglobina sería mucho más importante.

No es cierto que existiera desatención a lo largo de todo este tiempo como lo demuestra: sube a planta a las 13.55 horas y es atendida por una enfermera, a las 15.51 horas es vista por la ginecóloga de guardia, a las 16.15 horas, nuevamente por la enfermera, a las 16,56, otra vez por la médico, se anota el resultado de la analítica. A las 19 horas se hace el legrado.

Es difícil llamar desatención a lo anterior.

Si se decidió hacer el legrado era porque el sangrado, a pesar de ser muy escaso, como lo prueba la ausencia de alteraciones hemodinámicas y las cifras de hemoglobina de las 17 horas, era continuo.

Como ya hemos dicho no es cierto que el motivo del mismo fueran restos de membranas; este fue un diagnóstico previo ecográfico de sospecha, pero no se confirmó en el legrado, en el que, insisto, lo único que se evidencia son coágulos. Es probable que estos coágulos, totalmente normales por el sangrado de la herida

placentaria, es decir, donde estaba implantada la placenta en el útero, no permitieran que el útero se contrajera lo suficiente como para inhibir por completo el sangrado, cosa que se logró cuando se extrajeron.

En definitiva reflejar nuestra indignación, ante este tipo de escritos como el que se nos ha presentado en este caso; es difícil hacer las cosas tan mal desde el ingreso en un hospital, por cierto después de haber realizado el control gestacional fuera del mismo y acudir a urgencias con una bolsa rota de muchas horas de evolución.

(...) El parto es un fenómeno imprevisible que exige, en ocasiones de forma rápida, toma de decisiones ante situaciones puntuales y todas, insisto, adoptadas desde la evidencia científica.

Si existe una alteración en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal, lo indicado es hacer un pH y eso no es ninguna agresión al feto (equiparar este acto médico a martillar la cabeza del bebé es realmente increíble), sino muy al contrario, es hacer buena asistencia obstétrica.

¿Qué hubiera pasado si se le hubiera hecho una cesárea en ese momento sin confirmar si las alteraciones del registro cardiotocográfico denotaban un compromiso fetal cierto?. ¿Le hubiera parecido a la reclamante una adecuada actuación obstétrica?.

Si la citada evidencia científica nos indica que después de varias horas de bolsa rota (en este caso 24), hay que provocar el parto, y que la maniobra de Kristeller, realizada como ayuda final a la expulsión de la cabeza fetal es totalmente lícita, ¿como se puede exigir una indemnización económica por ello?.”

Consta igualmente, informe no fechado de la supervisora de Paritorio, en el que declaraba que la paciente ya venía con rotura prematura de membranas con más de 24 h de evolución por lo que la actuación en la administración de oxitocina es lo correcto; que el enema no se aplica en el Hospital de forma habitual sino siempre pactada; que la anestesia epidural requiere siempre el consentimiento y se administra cuando se demanda; que la monitorización interna es una práctica normalmente consensuada con la paciente excepto si hay riesgos, que no se pacta; y que la reclamante estuvo acompañada por la persona que consintió y que por protocolo sólo se pide salir al acompañante en momentos de actuación médica.

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe, de fecha 8 de octubre de 2013, en el que, tras hacer una exposición de los hechos, en su apartado consideraciones médicas, revisión de conceptos, discusión y juicio crítico, manifestaba:

“1. Inducción al parto: (...) En este caso, mujer a término con bolsa rota superior a 24 horas, las guías de práctica clínica recomiendan que se dé a luz dado el riesgo de infección neonatal grave y que la inducción del parto es adecuada al cabo de dichas 24 horas, además en el caso de la paciente las condiciones del cérvix empezaban a ser favorables para el parto. La evidencia científica muestra que no hay diferencia entre la inducción inmediata o la conducta expectante hasta 96 horas de la ruptura de las membranas esperando a parto natural en los resultados de parto vaginal instrumental o las tasas de cesárea y tampoco hay evidencia que el manejo activo en la fase de parto en la que se encontraba la paciente (primera fase latente) esté relacionado con la incidencia de cesárea. Se concluye que la inducción de parto en esta paciente fue correcta.

2. *Enema: (...) En la historia no consta que se haya hecho o no enema rectal, sí tacto rectal tras parto y en nota de supervisora del paritorio en este hospital no suele ponerse de forma habitual y se pacta con la paciente sin ponerse nunca a la fuerza.*

3. *Administración prematura de epidural por no tener ninguna dilatación según la paciente, que además le impedía caminar o tener sensación de pujo. Refiere la existencia de otras técnicas como 'walking epidural'.*

(...)- En la historia clínica existe consentimiento informado de [la reclamante] para la administración de anestesia epidural firmado por la paciente, (...) Con respecto al empuje, tras la confirmación de la dilatación cervical completa en las mujeres con analgesia regional, a menos que la mujer tenga una necesidad de pujar o la cabeza del bebé sea visible, el empuje debe demorarse por lo menos 1 hora después de lo cual debe empujar durante las contracciones fomentándose que sea activamente y se garantizará que el parto ocurra en las siguientes cuatro horas.

La movilización en la anestesia epidural, si es en dosis bajas permite cierto grado en comparación con las epidurales en dosis altas. Se recomienda que las mujeres sean alentadas a moverse y adoptar cualquier posición vertical o posiciones en las que se encuentran cómodas durante el parto.

En la bibliografía no se precisa que se deba poner con una determinada dilatación sino cuando esté en fase activa y la requiera la gestante ni en la guía se menciona ni se da prioridad a la 'walking epidural'.

En este apartado las actuaciones se ajustan a lo establecido en la evidencia científica.

4. Monitorización interna: (...) En relación a la historia y documentos por parte del personal responsable de atención a [la reclamante], el hecho de usar oxitocina justifica la monitorización electrónica fetal continua así como por control de la anestesia regional adaptándose a la evidencia científica reseñada.

La historia clínica refrenda lo explicado por el Jefe de Obstetricia y Ginecología que se llevó a cabo una monitorización mixta por aparecer datos propios directos del feto como externos.

5. Derecho a la intimidad y al acompañamiento de la persona elegida: (...) Por tanto, el derecho al acompañamiento estuvo asegurado. (...)

7. Prueba de pH: (...) El uso de pruebas de estimulación del feto durante el parto se considera como un complemento de la monitorización fetal incluyéndose la punción fetal del cuero cabelludo y la estimulación digital del mismo.

La punción del cuero cabelludo fetal es incidental a la obtención de pH. (...)

Por tanto, la actuación en este punto de la reclamación es correcta según la evidencia científica.

8. Posición de litotomía: (...) En este punto de la reclamación la actuación se ajusta a la evidencia científica en el sentido que no hay pruebas que la postura o movimientos de la parturienta influyan en el resultado del parto.

9. *Maniobra de Kristeller. (...) La maniobra de Kristeller es controvertida y generalmente no documentada su utilización o bien de forma inferior al real en las historias clínicas. (...) En su escrito, el Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia no recomienda esta maniobra por su probada inutilidad y posibles riesgos, aunque los protocolos actuales sí la contemplan como ayuda para lograr la salida la de cabeza, en el momento final del parto.*

Por otro lado, en la historia clínica existe un apartado para maniobra de Kristeller estando cumplimentado con un 'no'.

10. *Falta de control postparto: (...) En el apartado de relación de hechos averiguados se deja constancia del cumplimiento de las recomendaciones con lo que la actuación en la persona de [la reclamante] se adapta a la evidencia científica.*

11. *Hemorragia: La paciente fue evaluada a las 15:00 horas y a las 16:00 horas, siendo revisada mediante ecografía. A las 18:00 horas le comunicaron que le harían un legrado para limpiar sobre las 20:00 horas, acto que se adelantó a las 19:00 horas sin la presencia de su marido. (...) Según la historia clínica, el motivo del legrado fue por un diagnóstico previo ecográfico de sospecha de persistencia de membranas, pero no se confirmó en el mismo, en el que se evidencia coágulos y que tras la realización del mismo se estabilizó y resolvió el sangrado que presentaba la paciente. La actuación es acorde a la práctica clínica habitual.*

12. *Postparto: Como consecuencia de esta experiencia se ha reagudizado un problema de ansiedad y ha tenido que volver a tomar medicación a los dos meses de haber dado a luz.*

Según historia clínica, la paciente padecía antes del inicio del embarazo de ansiedad suspendiendo tratamiento a la 5º semana de gestación para reiniciarlo semanas antes de dar a luz por lo que el parto no ha sido causa de la reagudización de la ansiedad que ya padecía la paciente”.

Concluía el anterior informe que la asistencia prestada fue adecuada o correcta a la *lex artis*.

Consta notificada por los servicios postales, con fecha 25 de noviembre de 2013, la apertura del trámite de audiencia a la reclamante.

En uso de dicho trámite, con fecha 10 de diciembre de 2013, la reclamante presentó escrito de alegaciones en el que reiteraba en sus argumentos iniciales y manifestaba que la historia clínica no estaba completa, y solicita se recabe el partograma y el gráfico de monitorización fetal.

Consta en el expediente comunicación del responsable del Registro del HUIS, de 24 de octubre de 2013, en el que informaba de la imposibilidad de recuperación electrónica de los partogramas.

Mediante Acuerdo de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, de 7 de febrero de 2014, notificado a la reclamante el 14 de febrero siguiente, se admitió la prueba documental propuesta por la reclamante, y se rechazó la prueba testifical que había propuesto por considerarla irrelevante.

Con fecha 17 de febrero de 2014, se notificó nuevo trámite de audiencia a la reclamante, que presentó escrito de alegaciones el 26 de febrero siguiente, en el que manifestaba que la comunicación del responsable del Registro del HUIS, respecto a la imposibilidad de recuperación electrónica de los partogramas, resultaba incomprensible e inaceptable. Informaba en su escrito de la solicitud a un experto de la

elaboración de un informe pericial, por lo que solicitaba ampliación de plazo del trámite de audiencia, y la aportación al expediente del partograma solicitado, en versión electrónica o impresa, así como el resto de documentos referidos en su escrito de reclamación. Consta la incorporación al expediente del partograma solicitado por la reclamante.

Se concedió nuevo trámite de audiencia, notificado el 2 de abril de 2014, presentando la reclamante escrito de alegaciones el 22 de abril siguiente, al que adjuntaba un informe elaborado por una matrona y fisioterapeuta en el que concluía que *“al iniciar la perfusión de oxitocina antes de la fase activa del parto, se considera que el inicio del parto no es espontáneo, sino inducido. No hay consentimiento para esta acción sanitaria, no exenta de riesgos, a pesar de la correcta indicación de la misma”*; que no consta el motivo de la monitorización fetal interna continua; que no se respeta la libertad de movimiento ni la posición menos lesiva para la fase expulsiva.

Formalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 29 de abril de 2014, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial, por no observarse relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño aducido por el reclamante, ni la necesaria antijuridicidad de éste.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 9 de mayo de 2014, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 14 de mayo siguiente, solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 18 de junio de 2014.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), al ser la reclamación de cuantía indeterminada, y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 de la LCC.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse el centro hospitalario implicado integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas. Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr

desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 51/10, 156/11, y 439/11, entre otros).

En el presente caso, la reclamación se interpuso con fecha 12 de abril de 2013, y ha de entenderse presentada dentro del plazo legal ya que la actividad sanitaria que se cuestiona se realizó desde el día del ingreso y hasta el parto (12-13 de abril de 2012) y en días sucesivos hasta el alta hospitalaria el 15 de abril de 2012.

En otro orden de cosas, los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el (RPRP). A estos efectos ha emitido informe el centro sanitario implicado, conforme establece el artículo 10 del RPRP y se ha concedido trámite de audiencia a la interesada conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Igualmente, se ha aportado el informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que se formula, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

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 anormal –es indiferente la calificación– 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) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente, recoge dicha Sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA.- La reclamante alega la existencia de una lesión a su autonomía personal y moral debido a las decisiones clínicas que se tomaron desde su ingreso y durante el parto, así como un daño físico al sufrir hemorragias tras el parto, tener que someterse a una intervención de urgencia y padecer depresión.

No obstante, hay que tener en cuenta que, la existencia de un daño que en el ámbito sanitario, no implica la existencia de la responsabilidad patrimonial, pues en dicho marco, ésta presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina y jurisprudencia el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de

los profesionales sanitarios. Así, existe una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo según la cual, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”* (Sentencia del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4^a, de 20 de julio de 2011, recurso núm. 4037/2006, o Sentencia del Alto Tribunal de 4 de junio de 2013, recurso 2187/2012).

En este punto hay que tener en cuenta además que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la regla general es que la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000– entre otras), si bien la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en los supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (así las Sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre –recurso 3071/03– y 2 de noviembre de 2007 –recurso 9309/03– y 7 de julio de 2008 –recurso 3800/04–).

La reclamante realiza una serie de reproches en la asistencia sanitaria que recibió, sobre los que podemos distinguir dos grupos de alegaciones, el primero respecto de los acontecimientos referidos al parto y el segundo acerca de la asistencia sanitaria posterior.

Ello sentado, y a pesar del esfuerzo dialéctico de la reclamante, debemos estimar que la Administración sanitaria ha dado una cumplida explicación de las decisiones clínicas que se tomaron, a lo que hay que añadir que debemos extraer las debidas consecuencias de las consideraciones que el inspector médico recoge en su informe, dado el valor que reconoce a estos informes la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 10 de abril de 2013 (recurso 583/2011), acogida en nuestro Dictamen 447/13, de 9 de septiembre.

De este modo, la inducción al parto con administración de oxitocina estaba indicada según la práctica médica ya que, por una parte, el parto estaba a punto de iniciarse y por otra la inducción estaba indicada debido a la rotura de la bolsa amniótica hacía horas y el grave riesgo de infección que ello supone (el propio informe aportado por la reclamante reconoce la correcta indicación de la oxitocina).

Los reproches sobre la realización de enema y la administración de anestesia epidural deben igualmente rechazarse; el primero porque no se practicó y respecto de la anestesia consta el documento de consentimiento informado de la reclamante para su aplicación. Por otra parte, dicha anestesia procede cuando el parto está en fase activa y la gestante lo requiera. La primera condición consta en la historia clínica y no cabe dudar del cumplimiento de la segunda, habida cuenta tanto de la existencia de consentimiento informado escrito como de lo improbable que se hubiera obligado a la paciente a una anestesia que hubiera rechazado.

Igual criterio debemos seguir respecto de la actuación de monitorización interna (monitorización que fue mixta) y el análisis del pH. Ambas prácticas se realizaron en el momento adecuado y conforme la práctica médica. Se trata de prácticas no exentas de ser consideradas invasivas y además complejas, pues se realizan sobre el feto, pero no por ello estaban contraindicadas sino que se trataba de asegurar el conocimiento de la evolución del parto y asegurar en definitiva la ausencia de sufrimiento fetal. La monitorización fue mixta y se encuentra de este modo justificada, a pesar de que el informe pericial de parte no lo considera adecuado.

Además el parto fue normal y el bebé no presentaba ninguna anomalía o lesión (debemos compartir el criterio del Servicio de Obstetricia y Ginecología cuando considera que la apreciación de la madre sobre la cantidad de sangre en la cabeza del recién nacido no puede ser considerada a efectos de apreciar lo normal o anormal del alumbramiento).

En cuanto a su derecho a la intimidad y al acompañamiento de la persona elegida en todo momento, no consta que el primero se hubiera violentado de algún modo o que fuera incorrecto el que se pidiera al marido de la reclamante salir de la sala cuando se realizaba alguna de las exploraciones.

Por último, en referencia al parto, el inspector médico no evidencia que una postura determinada favorezca el parto, que por otra parte tuvo una duración normal, o que la maniobra de Kristeller se realizara indebidamente, pues, en primer lugar no se realizó como tal y en todo caso deja sentado que procede en ocasiones en los momentos finales de la expulsión que es lo que aconteció.

En lo que respecta a las actuaciones postparto, del mismo modo se encuentran detalladas y justificadas. Nuevamente la reclamante basa su

solicitud indemnizatoria en su apreciación personal de los hechos que sin embargo se corresponde con una buena práctica médica a juicio del inspector y del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Así, el sangrado que presentó tras el parto se calificó de leve sin que en modo alguno pueda admitirse que la reclamante estuvo 8 horas con un sangrado intenso como expresaba en su reclamación. Como con toda corrección razona el Servicio competente, presentaba unos valores de hemoglobina postparto normales (10.7 gr) y ningún síntoma de sangrado “grave”.

Además la pretendida desatención tras el parto resulta de todo punto incomprensible cuando queda acreditado que subió a planta a las 13.55 horas, y en ese momento y partir del mismo la atención fue continua (15.15, 15.51, 16.15, 16.56 y 19 horas). Igualmente la transfusión de hematíes se realizó cuando se evidenció que el sangrado, leve pero continuo, era síntoma de alguna complicación que aconsejó la realización de un legrado.

Dicha complicación de nuevo no se corresponde con una mala práctica en la asistencia previa de parto. El inspector médico señala que se indicó el legrado por sospecha de persistencia de membranas que no se confirmó, sino que resultó la existencia de coágulos, de modo que el legrado solucionó el problema de sangrado cuyo origen no refleja una actuación contraria a la *lex artis* (como igualmente considera el informe pericial de parte).

QUINTA.- Análisis aparte merece la alegación que la reclamante realiza sobre la falta de información de los riesgos y las alternativas de la inducción al parto que se realizó mediante la administración de oxitocina.

Debemos partir que el consentimiento informado supone “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud*” (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica).

La misma Ley exige que el consentimiento se preste por escrito cuando se trata, entre otras actuaciones, de intervenciones quirúrgicas, así como la necesidad de informar sobre posibles riesgos (artículo 8).

Por otra parte, se ha recordado por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 29 de junio de 2010 (recurso de casación 4637/2008), que “*el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos*”. Además la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo considera “*que el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física*”.

En el presente caso, a pesar de la alegada falta de información sobre riesgos y alternativas que expresa la reclamante, hay que tener en cuenta que como señala el Tribunal Supremo en su Sentencia de 20 de noviembre de 2012 (recurso 5637/2011) en relación con el consentimiento informado en partos que:

“Y es que el embarazo y parto no se sustrae de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características

especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza.

También, es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo”.

Partiendo de todo ello, debemos dejar sentado que no es cierta la afirmación de la reclamante sobre que le indujeron el parto rompiendo artificialmente la bolsa amniótica, dado que consta con claridad en la historia clínica que ingresó por rotura de membranas de más de 24 de evolución, contracciones, sangrado escaso y salida de líquido desde el día anterior al ingreso.

Por otra parte está igualmente fuera de toda duda que la aplicación de oxitocina estaba totalmente indicada, ya que el inspector médico explica que la paciente se encontraba en la primera fase latente del parto, y que en “*este caso, mujer a término con bolsa rota superior a 24 horas, las guías de práctica clínica recomiendan que se dé a luz dado el riesgo de infección neonatal grave*” (además así lo considera el propio informe aportado por la reclamante); y ello con independencia de poder mantener una actitud expectante hasta 96 horas desde la ruptura de las membranas, lo que no tiene incidencia en un mayor riesgo de parto instrumental o

cesárea según el inspector, en opinión que parece contradecir la recomendación de proceder al parto después de 24 horas de bolsa rota.

Aún en el caso de que fuera posible la espera hasta 96 horas, tal y como se desprende del informe de la inspección, haciéndose exigible el consentimiento para la administración de oxitocina que acelerara el parto, la lesión en el derecho a la información no se habría producido, pues de dicha actuación médica no se derivó ningún daño, sino un claro beneficio para la reclamante y para su hijo. La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de febrero de 2007, RC. 3351/2002, se manifiesta en este sentido: *“aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc, no lo es menos que tal mala praxis no puede por sí dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así... para que exista responsabilidad es imprescindible que el acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad”*. En idéntico sentido, las sentencias de la misma Sala de 14 de diciembre de 2006, recurso 91/2005, y de 19 de junio de 2008, recurso 4415/2004.

En función de todo ello no puede considerarse que se haya vulnerado el derecho a una debida información habida cuenta que la situación de la paciente demandaba la aplicación de oxitocina en evitación de riesgos, que esta administración fue además prolongada en el tiempo, que el parto se encontraba en su fase inicial y que ningún daño se derivó de la misma sino en realidad el beneficio de evitar un sufrimiento innecesario y una más que probable infección.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen al no existir mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 18 de junio de 2014

