

Dictamen n°: **123/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.03.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de marzo de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación presentada por un abogado en nombre y representación de Dña. .... por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Puerta de Hierro –HUPH–, en relación con las secuelas derivadas de un parto con fórceps.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 18 de octubre de 2019, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en el HUPH.

Con carácter previo, indica que los criterios en los cuales fijarán la cuantía, cuando exista una completa estabilización de las secuelas, serán los contenidos en el sistema de valoración contenido en 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, dado que la interesada se encuentra en el momento de presentar la reclamación en situación de baja laboral y pendiente de intervención quirúrgica.

Expone que la reclamante, de 40 años de edad en el momento de los hechos y “*con gestación gemelar*” (sic) de 39 + 6 semanas, controlada durante su periodo gestacional en el HUPH, la madrugada del 24 de octubre de 2018 sufrió una rotura prematura de membranas que motivó que acudiese al Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario.

Explica que, tras el ingreso de la paciente, se inició la inducción al parto a las 12.06 horas y sobre las 13.30 horas le pusieron la epidural. En las horas siguientes tuvo una dilatación escasa, motivo por el cual afirma que la interesada solicitó en varias ocasiones la realización de una cesárea, pero afirma que esta opción jamás fue tomada en cuenta por el personal sanitario que asistió el parto, que consideró que la cesárea no estaba indicada.

Refiere que, pasadas las 23.00 horas, la matrona que asistía a la paciente le informó de que su dilatación era correcta para comenzar con los pujos y que, tras los primeros intentos sin poder extraer al bebé, un ginecólogo se personó en la habitación y junto una residente reanudaron las maniobras para la extracción del bebé; si bien, finalmente, el ginecólogo que asistía a la paciente decidió indicar el parto instrumental mediante fórceps a las 23.44 horas.

En este punto, pone de manifiesto que el parto instrumental (fórceps, ventosa y espátulas) tiene un potencial lesivo considerable para el suelo pélvico de la madre y también para el bebé, por lo que siempre hay que ponderar los beneficios y perjuicios de su uso, eligiendo además el instrumento menos dañoso. Indica que la Sociedad Española de Ginecología y Obstétrica –SEGO– determina que “*el parto instrumental debe tener una indicación clara: acortar la segunda fase del parto. De forma que existen indicaciones maternas como son aquellas patologías*

*que se puedan agravar con el pujo y la progresión inadecuada de la segunda etapa del parto. Entre las indicaciones fetales se valora la sospecha de pérdida de bienestar fetal (SPBF).”*

Señala a continuación que, pese a que la paciente ha requerido su historia clínica no se le ha entregado el partograma, por lo que recuerda la obligación de aportar tal documento al expediente administrativo, y que, en relación a la imposibilidad de incorporar al proceso *“tan importante elemento de prueba”*, dicha circunstancia no puede beneficiar al causante de la misma.

A continuación refiere que, tras no lograrse la extracción fetal con las medidas indicadas, se optó por realizar una episiotomía a la paciente, produciéndose en el curso del parto instrumental un desgarro perineal de grado IV con extensión rectal proximal de 10 cm. Por este hecho la paciente tuvo que ser intervenida de urgencia obligando a los cirujanos a realizar revisión y sutura en recto (cirujanos generales) y vagina (ginecólogos) realizando reparación por planos (mucoso, esfínter interno y esfínter externo).

Indica que el Servicio Madrileño de Salud y su compañía aseguradora ya han sido condenados por la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de diciembre de 2018 (recurso 456/2017) por provocar, en el parto instrumental mediante fórceps de otra paciente, la misma lesión que la interesada (desgarro perineal de grado IV), al entender el tribunal que no existía indicación de parto instrumental mediante fórceps.

Respecto al evolutivo de la paciente, indica que en el sexto día de ingreso se observó dehiscencia de los puntos de la piel y sangrado vaginal con herida menos limpia (fibrina). En el octavo día se describe *“dehiscencia completa de herida de episiotomía hacia vagina, tacto rectal integridad de la sutura al menos 2/3 proximales, dudo en tercio interior*

*por dehiscencia en vagina y molestias en la exploración. Se decidió cierre por 2ª intervención*". La paciente permaneció ingresada hasta el 2 de noviembre de 2018.

En este punto, señala que no se informó de forma adecuada a la paciente sobre los riesgos inherentes al parto y uso de material instrumental (fórceps) en atención a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica –Ley 41/2002-.

A continuación indica que, tras el alta, la paciente comenzó a notar salida de gases por la vagina con material fecal que puso en conocimiento de los especialistas de Cirugía General del HUPH que realizaron a la paciente una eco el 21 de diciembre de 2018 en la que se objetivó en canal anal medio alto una comunicación entre vagina y ano de 1,1 mm, decidiéndose manejo conservador.

Se refiere a las siguientes revisiones de la interesada, indicando la fecha y reproduciendo parte de los informes emitidos en cada asistencia, en los siguientes términos:

En revisión de fecha 27 diciembre de 2018: *“desde hace 15 días nota salida de gases por la vagina y de vez en cuando al limpiarse sospecha de material fecal escaso, revisándose eco endoanal con posible fistula de 1mm”*.

El 15 de enero 2019 acude a consulta de Cirugía General –CGD- preocupada por los resultados de la ecografía, donde se describe que expulsa gases por la vagina que controla mal con cierta urgencia, pendiente de rehabilitación, citándose a los 3 meses ya que *“no tiene casi síntomas”*.

El 16 enero de enero de 2019, Ginecología: *“expulsa gases por vagina y los controla mal, refiriendo cierta urgencia defecatoria, pendiente de cirugía, recomendando ecografía control de la fistula e indicando que de decidirse QX seria candidata a perineoplastia concomitante”*.

El 21 de marzo de 2019: *“sigue con expulsión de gases por vagina a diario y escapes de heces ocasionales con urgencia”*.

El 27 marzo de 2019: *“muy mala calidad de vida con incontinencia anal continua, pendiente de valoración en CGD, solicitándose RMN plateándose la posibilidad de identificar el estoma rectal de la fistula de cara a la reparación, hablaran con CGD y Digestivo*.

El 23 abril de 2019: *“incontinencia a gases diaria, manchando después de la deposición, solicitándose entonces manometría por CGD”*.

El 18 de julio de 2019, tras realizar a la paciente manometría, se estableció como juicio diagnóstico hipotonía del esfínter anal externo e interno y capacidad rectal disminuida.

Considera que se debió haber realizado un seguimiento de la fistula secundaria al desgarro más exhaustivo y menos conservador por parte de Cirugía General, toda vez que el 21 de diciembre de 2018 se realizó una ecografía de control donde se objetivó en canal anal medio alto una comunicación entre vagina y ano de 1,1 mm, decidiendo ese servicio manejo conservador dado que la consideraron oligosintomática, y sin embargo, la paciente refiere clínica con repercusión funcional prácticamente desde el primer momento, como detalla en la clínica referida por la paciente en las distintas visitas a Cirugía General, Ginecología y Rehabilitación.

Entiende a su vez que se debió ampliar el estudio con una manometría (hasta abril no se solicitó) o una RMN con anterioridad para

valorar la intervención quirúrgica y la reparación de la fistula, ya que en la revisión que se realiza el 15 de enero de 2019 en CGD se cita en 3 meses a la paciente sin ampliarse el estudio a pesar de la clínica referida por la misma, describiendo síntomas los distintos especialistas, recomendando incluso Ginecología el 16 de enero (un día después de la cita de CGD), una ecografía control de la fistula y que de decidirse cirugía, sería candidata a perineoplastia concomitante.

Asimismo, el 27 de marzo, se solicitó RMN para identificar el estoma de cara a la reparación y hablar con Cirugía General, considerando que, incluso otros especialistas eran partidarios de una actitud no tan conservadora o al menos de ampliar el estudio de la paciente.

Afirma que la paciente no estaba oligosintomática, ya que sí refería clínica desde el inicio con repercusión funcional y que quizás se pudo haber adelantado o ampliado el estudio por parte de Cirugía General, no distanciar tanto las citas y/o valorar otras opciones terapéuticas menos conservadoras e incluso la cirugía reparadora con anterioridad para evitar las molestias y la clínica que presento o al menos haberla mejorado.

Indica que la cirujana que sigue a la paciente ha recomendado la intervención quirúrgica y la paciente se encuentra en lista de espera, y en situación de baja laboral a consecuencia de las importantes secuelas causadas (con dolor asociado) por parte del personal sanitario del HUPH por las que sufre una incontinencia anal continua que queda reflejada a lo largo de su historia clínica.

Precisa que las actuaciones reprochables del HUPH, son las siguientes:

1. No se valoró la indicación de realizar a la paciente una cesárea.

2. Se indicó el parto instrumental para abreviar el expulsivo sin existir motivos suficientes para ello pese a tener un potencial lesivo considerable para el suelo pélvico de la madre.

3. No se informó de forma adecuada a la paciente sobre los riesgos inherentes al parto y uso de material instrumental (fórceps) en atención a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. En el curso del parto instrumental se produjo un desgarro perineal de grado IV con extensión rectal proximal de 10 cm.

5. Existió un manejo deficiente del seguimiento de la fistula de la paciente sin reparar la misma hasta la fecha de presentación de la reclamación, en la que la paciente se encuentra en lista de espera para ser intervenida.

Acompaña al escrito de reclamación diversa documentación médica, y la escritura de poder otorgada por la reclamante a favor del abogado firmante de la reclamación.

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

El 24 de octubre de 2018, a las 3.56 horas, la paciente, con 40 años de edad, y estando en la semana de gestación 39+5, acudió a Urgencias de Obstetricia del HUPH por pérdida de líquido. Consta en el informe emitido que para la paciente era su primera gestación y que se trataba de una gestación normal y llevada en el ámbito de dicho hospital.

Según consta en los datos de los diferentes formularios partogramas, a las 13.51 h se produce la inducción al parto con oxitocina, cérvix dilatación 4, y se aplica anestesia epidural a las 12.30

h. Se realiza monitorización externa completa y se observa dinámica uterina irregular.

A las 16.49 h la dilatación del cérvix es de 5 y se comienza con la aplicación de antibióticos. A las 18.45 h, la dinámica uterina es irregular y la dilatación es de 8. A las 20.45 h, la dinámica uterina es regular y se aplica la última dosis de antibiótico. Dilatación de 10. Según consta en el partograma, entre las 20.15 y 20.30 h, parece completarse la dilatación.

El día 25 de octubre de 2018 figura en el partograma que el parto tuvo lugar a las 23.44 h del 24 de octubre de 2018, con la utilización de fórceps, con anestesia epidural, con desgarro IV que comunica recto y vagina y extensión al canal rectal.

Se realiza de manera urgente sutura del canal rectal y se reparan ambos esfínteres y episiotomía. Se realiza ecografía para comprobar la integridad del esfínter externo. El diagnóstico es desgarro post parto del esfínter anal y recto. Consta *“cirugía complicada por otro problema 998.9”*.

Respecto al recién nacido, figura en el informe de Neonatología de fecha 29 de octubre de 2018 que en el primer día de vida no se encontraron hallazgos de interés

La paciente permaneció ingresada hasta el 2 de noviembre de 2018, constando en la historia clínica que el cirujano, el 30 de octubre, anota que presenta dehiscencia en los puntos de piel, el sangrado es vaginal y no presenta datos de infección, aunque la herida presenta más fibrina.

Se pautan lavados con suero y consta que el estado de la herida es para dar el alta, que tiene lugar el día 2 de noviembre ante el buen estado de la herida y de la paciente. En la historia clínica se hace constar: *“BEG. Herida muy macerada (ha estado con laxantes.*



*Dehiscencia de la episiotomía, plano cutáneo y muscular, sólo 2 cm de profundidad integridad de sutura vaginal. No incontinencia de orina, gases ni heces. Se decide alta con control posterior en un mes en suelo pélvico”.*

El 20 de noviembre de 2018 la paciente es valorada de nuevo por Cirugía, encontrándose un buen estado general pautándose una ecoendoscopia para dentro de un mes. Refiere continencia a heces blandas y sólidas, no ha tenido liquidas. Exploración física: dehiscencia de la piel cicatrizando, buen aspecto, lecho limpio. Mantiene intacta la sutura de pared posterior de vagina y recto. Tacto rectal: buen tono basal, algo disminuido el voluntario.

El 18 de diciembre de 2018 acude a revisión y refiere buena continencia fecal, aunque con urgencia, pero ningún episodio de incontinencia.

El 21 de diciembre de 2018 se practica una ecografía endoanal y el resultado de esta prueba figura que existe comunicación entre el conducto de la vagina y el ano.

El 15 de enero de 2019 acude a Cirugía preocupada por el resultado de la ecografía, y manifiesta que expulsa gases por la vagina y que los controla mal. Refiere urgencia en las deposiciones fecales, aunque no incontinencia. Se le comunica que, dado que no tiene casi síntomas derivados de la fístula, hay que esperar evolución y es posible que no precise tratamiento quirúrgico.

El 16 de enero de 2019 la paciente es revisada por la Unidad de Suelo Pélvico y consta en la historia clínica que tras la exploración se determina fistula rectovaginal por desgarró IV, oligosintomática y con incontinencia de gases. Se establece interconsulta con Rehabilitación y anticonceptivos para evitar que las menstruaciones interfieran en el

cierre espontaneo de la fistula. Se valorará cirugía de la misma por perineoplastia concomitante.

En relación a la consulta de Rehabilitación de Suelo Pélvico, el 25 de marzo de 2019, figura que sigue con expulsión de gases por vagina a diario y escapes de heces ocasionales con urgencia. El juicio crítico es dolor lumbopélvico generalizado secundario al desgarro IV. Se indica que se va a comenzar tratando el dolor lumbar y tratamiento externo de mm pélvica, postural, estimulación tibial posterior y cuando vaya mejor se planteará tratamiento de tonificación. Se realiza RX de zona lumbar y pelvis y no se aprecia resultados significativos.

El 27 de marzo de 2019 en la historia clínica de la Consulta de Suelo Pélvico consta que continúa con la incontinencia anal lo que la provoca mala calidad de vida. Se solicita RMN.

En la revisión de 23 de abril de 2019 figura que presenta incontinencia de gases a diario, no incontinencia de heces, pero si cierta urgencia en las mismas y dolor vaginal diario. Se realiza exploración física y se observa una zona dehiscente con un orificio fistuloso que drena pus en la horquilla vaginal. No parece haber acceso. Se pide manometría.

El 15 de mayo la paciente es revisada en Consulta de Suelo Pélvico y se la realiza una RM de pelvis.

El 11 de julio de 2019 consta en las notas de Rehabilitación de Suelo Pélvico que se mantiene el dolor lumbopélvico generalizado tras 5 meses desde el parto.

Con fecha 19 de agosto de 2019 consta los resultados de la manometría rectal que se le realizó a la paciente el 18 de julio de 2019: hipotonía del esfínter anal interno, hipotonía del esfínter anal externo y capacidad rectal disminuida.

El 20 de agosto de 2019, en consulta de Cirugía, refiere que el dolor ha cambiado a simples molestias y presenta una clara mejoría. No presenta incontinencia de heces, pero sí de gases y casi todo el gas que expulsa es por la vagina. En la exploración física se observa que ha aumentado la distancia entre la vagina y el ano con piel de aspecto elástico. Dada la escasa clínica derivada de la fistula no se plantean la reparación por el momento. Se pide endoscopia anal para reevaluación del complejo esfinteriano y de la fistula.

En la revisión de 25 de septiembre de 2019 consta que no se plantean la intervención quirúrgica por el momento y que continúan con fisioterapia.

En el informe de la ecoendoscopia realizada el 13 de septiembre de 2019 consta que en relación al área inflamatoria residual no se observa la imagen lineal hiperecogénica que se observaba en la exploración previa, por lo que podría ser que la fistula se haya resuelto. Se espera al final de la rehabilitación y si la paciente acepta, se realizará una perineoplastia.

El 15 de octubre de 2019, la paciente es revisada por el Servicio de Cirugía General habitual y figura en las anotaciones que parece que no hay fistula en la nueva ecoendoscopia por lo que se plantean una reconstrucción esfinteriana y ver evolución. Hablarían con ginecóloga para valorar intervención conjunta. Se pide RMN pélvica, preoperatorio, preanestasia y Consentimiento Informado. Consta que en función de los resultados de la RMN llamarían a la paciente si cambiara la actitud. Se da preparación de colon y consta en la historia clínica el documento de consentimiento informado firmado por ambas partes.

Lo último que consta en la historia clínica es analítica para preoperatorio el 14 de noviembre de 2019.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del Servicio de Obstetricia y del Servicio de Cirugía del HUPH.

El informe emitido por el Servicio de Obstetricia, el día 4 de diciembre de 2019, refiere que la paciente acudió a Urgencias el 24 de octubre de 2018 a las 3.58 h, por rotura de membranas espontánea a las 2.45 h.

Explica que, tras la exploración efectuada y dado que presentaba un test de Bishop menor de 6, se indicó maduración cervical previa a la inducción con oxitocina durante el periodo de latencia de 12 h, acorde a su protocolo de actuación.

Indica que, a las 12 h de ese mismo día, se inicia inducción del parto con oxitocina con buena evolución, 8 horas antes, hasta alcanzar dilatación completa, y tras más de tres horas en esa situación, se indicó extracción fetal mediante fórceps, acorde a los protocolos vigentes en ese momento, refiriéndose a las recomendaciones de la SEGO.

A continuación, procede a contestar las cuestiones planteadas en la reclamación en los siguientes términos:

En cuanto a la no valoración de la práctica de una cesárea, indica que en ningún momento hubo ningún dato que indicara su realización,

ni por indicación fetal ni materna, precisando que la traza de la frecuencia cardiaca fetal fue normal en todo momento, y la progresión de la dilatación fue correcta, remitiéndose al documento de traza y al partograma.

Afirma que la indicación de parto instrumental se hizo acorde a la *lex artis*, tras más de tres horas de expulsivo, siendo el nacimiento a las 23.44 h.

Insiste en que las condiciones de la exploración obstétrica en el momento de alcanzar el periodo de expulsivo prolongado eran las necesarias para la indicación del fórceps o cualquier otro instrumento extractor, ya que la progresión del parto *“había alcanzado y sobrepasado el paso de la presentación por el estrecho superior con punto guía más allá del tercer plano”*.

Indica que, en casos de urgencia, como lo es una operación extractora, se informa verbalmente del procedimiento que se va a realizar, aunque no de forma exhaustiva como en los consentimientos verbales y entregados por escrito a los pacientes en situaciones no urgentes.

Añade que, efectivamente, se produjo un desgarro de IV grado comprobado tras la extracción fetal, pero se describe una prociencia de mano fetal, que podría haber sido causa o concausa del desgarro descrito, siendo avisado el Servicio de Cirugía para su colaboración, dada la magnitud del desgarro.

El Servicio de Cirugía del HUPH, de fecha 27 de diciembre de 2019, describe la asistencia prestada e indica que, tanto la incontinencia anal como la clínica de *fistula* recto vaginal, pueden y de hecho mejoran espontáneamente a lo largo del primer año en algunas enfermas, tras la reparación post parto.

Concluye señalando que, obtener un diagnóstico certero y una valoración de la posible mejoría clínica es la razón de haber pospuesto y retrasado la cirugía, con el objeto de tener la certeza de la evolución final y secuelas permanentes postparto. Añade que en base a esa situación clínica definitiva, se establece el tipo de cirugía necesario.

El informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos efectúa una serie de consideraciones médicas y concluye que la asistencia obstétrica prestada el día 24 de octubre de 2018 a la interesada no se considera catalogable de práctica inadecuada, a pesar de la grave complicación surgida. Acerca del seguimiento de sus lesiones, indica que éste se considera correcto.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante, consta presentado escrito de alegaciones reiterando las expuestas en el escrito de reclamación inicial.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 27 de enero de 2021 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de febrero de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de marzo de 2021.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**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 la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que según afirma, le produjo la asistencia sanitaria recibida. Actúa por medio de abogado y acredita la representación conferida mediante la presentación de la escritura de poder otorgada a tal efecto.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, el parto tuvo lugar el día 24 de octubre de 2018 y por tanto, la reclamación presentada el día 18 de octubre de 2019 está formulada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de determinación de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante y por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título Preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.



La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 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 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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“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.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), 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 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) 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»*, 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».*

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 proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede 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*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Como hemos señalado anteriormente, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron paciente, 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. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La interesada no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la asistencia prestada en el HUPH. Frente a esta ausencia

probatoria, tanto los informes de los servicios implicados como el informe de la Inspección coinciden en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*.

Sentado lo anterior, procede analizar los concretos reproches formulados por la interesada que, en primer lugar, critica que no fuera valorada la posibilidad de realizar una cesárea.

Sobre este aspecto, el informe del Servicio de Obstetricia del HUPH afirma que en ningún momento hubo ningún dato que indicara la realización de una cesárea, ni por indicación fetal ni materna, e indica que la traza de la frecuencia cardiaca fetal fue normal en todo momento, y la progresión de la dilatación fue correcta, remitiéndose al documento de traza y al partograma, que así lo confirman.

A continuación, la interesada reprocha que se indicara el parto instrumental para abreviar el expulsivo, sin existir motivos suficientes para ello, pese a tener un potencial lesivo considerable para el suelo pélvico de la madre.

En este punto, el Servicio de Obstetricia considera que la indicación de parto instrumental se hizo acorde a la *lex artis* -tras más de tres horas de expulsivo, que se cumplieron a las 20.30 h, siendo el nacimiento a las 23.44 h-, e insiste en que las condiciones de la exploración obstétrica en el momento de alcanzar el periodo de expulsivo prolongado eran las necesarias para la indicación del fórceps o cualquier otro instrumento extractor, ya que la progresión del parto "*había alcanzado y sobrepasado el paso de la presentación por el estrecho superior con punto guía más allá del tercer plano*".

Por su parte, la Inspección Sanitaria explica que una de las indicaciones médicas y obstétricas consensuadas para finalizar la gestación mediante inducción del parto, es precisamente la rotura prematura de membranas a término y pretérmino.

A continuación precisa que, aunque hay que individualizar los casos, una de las indicaciones para el parto instrumentado es la progresión inadecuada del mismo, que en pacientes nulíparas se produce cuando la segunda fase del mismo es de una duración superior a tres horas con anestesia loco-regional, o inferior a dos horas sin dicha anestesia.

En este sentido, se remite a distintas guías internacionales en las que se hace referencia, acerca de la abreviación del expulsivo, al estudio realizado sobre casi 16.000 nulíparas, donde se demostró que la morbilidad materna aumentaba significativamente pasadas 3 horas de ese expulsivo, y con un mayor incremento transcurridas 4 horas.

En concreto, refiriéndose a la historia clínica de la interesada y a la vista del formulario del partograma y del esquema del partograma mecanizado, señala que en este parto, la dilatación paulatina se desarrolló dentro de los límites normales, el estado fetal monitorizado se mostró dentro de la normalidad y el descenso fue progresivo, alcanzándose los 10 cm a las 20.30h y comenzando, en ese momento, el expulsivo.

A continuación, destaca la anotación en la que consta que el obstetra hizo uso del instrumento de Kjelland para abreviación de ese expulsivo, que duró 3 horas y 14 minutos. Califica como llamativo que en las observaciones del obstetra se añadiera que el feto presentaba también laterocidencia de mano – se prolapsaba una mano- , lo que considera que contribuía a complicar la expulsión.

Afirma que los registros habidos son suficientes para poder valorar y considerar que la decisión que se tomó por el especialista en aquel momento, fue una decisión técnica motivada en una de las indicaciones previstas para el uso de este instrumento. Reitera que la abreviación del expulsivo a fin de no llegar más allá o sólo poco más allá de tres horas,

se considera preservador de otra morbilidad, añadiendo que la paciente tenía cierto riesgo infeccioso, y entendiendo que no había logrado el alcance adecuado en esa fase del parto.

Sin perjuicio de las consideraciones realizadas por la Inspección, procede en todo caso analizar la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de diciembre de 2018 (recurso 456/2017) invocada por la interesada para afirmar que tanto el SERMAS como su compañía aseguradora fueron condenados por provocar, en el parto instrumental mediante fórceps de otra paciente, la misma lesión sufrida por la interesada.

Sin embargo, en el supuesto resuelto por la citada sentencia, a la recurrente se le administro anestesia epidural a las 23.20 h, cuando se encontraba en la fase activa de la dilatación, es decir 3-4 cm, mientras que el parto se produjo a las 00.53 h, habiendo transcurrido una hora y media entre fase activa de dilatación y expulsivo. Por tanto, dado que los protocolos de la SEGO establecen una duración para el expulsivo en multiparas de tres horas con anestesia epidural, la parte actora adujo que en ese caso no existía indicación de acortar esta segunda fase del parto, no encontrándose indicación ni materna ni fetal para terminar el parto de forma instrumental.

En este sentido, frente a la justificación del parto instrumental ofrecida por la Administración, la Sala consideró que, dado el carácter restrictivo de los supuestos en que se debe acudir al parto instrumental por los riesgos que conlleva, su admisión debería estar recogida expresamente o, al menos, mediante el recurso a un procedimiento analógico estricto.

En definitiva, la estimación de la demanda en el caso alegado por la recurrente, proviene de que el recurso al parto instrumental no estaba indicado expresamente, tratándose por tanto de un supuesto distinto y

no comparable al presente caso, en el que, como ha quedado expuesto, sí existía dicha indicación.

El siguiente reproche formulado por la reclamante se centra en la falta de información adecuada sobre los riesgos inherentes al parto y uso de material instrumental (fórceps), en atención a la Ley 41/2002.

El Servicio de Obstetricia del HUPH contesta indicando que, en casos de urgencia, como lo es una operación extractora, se informa verbalmente del procedimiento que se va a realizar, aunque no de forma exhaustiva como en los consentimientos verbales y entregados por escrito a los pacientes en situaciones no urgentes.

La Inspección Sanitaria, acerca del consentimiento sobre el uso de este instrumento, matiza que no hay consenso claro al respecto pero expone que no se trata de una intervención propiamente dicha, sino de usar un recurso técnico, cuya decisión toma el especialista de un modo apremiante, en el sentido de que – en las circunstancias presentadas de salida y pasado el tiempo de expulsar, valorando las circunstancias del caso- se decide en poco tiempo sobre la conducta mejor considerada. Afirma que por ello, el consentimiento escrito en este momento, no es viable.

La exigencia o no de consentimiento informado en el parto ha generado posiciones encontradas, tal y como se indicó en el Dictamen 272/19, de 20 de junio de esta Comisión, en el que se analiza pormenorizadamente esta cuestión con cita de la jurisprudencia más relevante sobre la misma.

Tal y como se expuso en el citado dictamen, el criterio de esta Comisión (Dictamen 38/17, de 26 de enero) es que el parto no precisa de consentimiento informado de conformidad con el criterio establecido por

el Tribunal Supremo en la sentencia de 2 julio de 2010 (recurso 2985/2006):

*"(...) el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente..."*

Asimismo, la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (recurso 5637/2011) pone de manifiesto la naturaleza propia de la intervención médica del parto y declara:

*"Cierto es, en primer lugar, que el paciente debe ser en todo caso informado respecto al proceso médico que va a seguirse y cómo y en qué circunstancias se va a desarrollar para, de esta manera, poder conseguir no sólo el completo conocimiento de cada una de las etapas y situaciones en las que se va a encontrar sino también la máxima predisposición y colaboración a la consecución del resultado con la exteriorización de lo que conocemos como consentimiento informado. 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”.*

Este criterio ha sido mantenido igualmente por otros órganos consultivos y tribunales superiores de justicia. Así cabe citar el Dictamen 6/2017, de 11 de enero del Consejo Consultivo de Castilla La Mancha y el Dictamen 180/2017, de 22 de junio, del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

En este mismo sentido se pronuncia la **s**entencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de noviembre de 2013 (recurso 1246/2011).

Como decimos, esta Comisión es consciente del debate planteado a este respecto y de la existencia de pronunciamientos judiciales en sentido contrario como la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) de 30 de septiembre de 2016 (recurso 71/2015) que sí exige ese consentimiento en un parto instrumental. Ahora bien, por razones obvias en cuanto órgano que culmina la organización judicial en la Comunidad de Madrid sin perjuicio de la jurisdicción que corresponde al Tribunal Supremo (artículo 45 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero), ha de prestarse una especial atención a los criterios establecidos por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid que, en sentencia de 6 de junio de 2016 (recurso 325/2014) consideró que:

*“Con relación a la falta de consentimiento informado, expresa la sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, nº 4119/2010 de fecha dos de julio de 2010: "en las circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento*

*informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada". Ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció. El motivo debe ser desestimado".*

La sentencia de 16 de julio de 2018 (recurso 10/2016) afirma que *“en primer lugar, el consentimiento informado en relación al parto tiene especiales perfiles como ha declarado el Tribunal Supremo.”*. Tras destacar la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 considera de aplicación en relación con el uso del fórceps lo recogido en esa sentencia en cuanto a que:

*“Respecto a lo que la parte recurrente considera falta de información de las complicaciones que se iban produciendo hay que decir que las mismas se evidenciaron con ocasión ya del acto de parto mismo o con inmediata posterioridad al mismo, sin capacidad para poder comunicar no solo su existencia a la paciente sino también los términos y extensión concreta del mismo. No olvidemos que las previsiones del artículo 2 de la citada Ley 41/2002, respecto al consentimiento previo e información ha de preverse con carácter general y no en todos los casos en los que una información excesiva puede contrarrestar la finalidad de la misma. No existían sospechas de feto macrosómico ni tampoco de las vueltas de cordón sobre el cuello del feto hasta que se produjo ya el desarrollo del parto sin que*

*las mismas supusieran ya el cambio de estrategia hacia una cesárea por concurrencia de otras circunstancias".*

En este caso, la necesidad de utilizar fórceps solo pudo establecerse cuando, al no progresar el parto, fue preciso usarlos de manera inmediata para evitar daños al feto y a la madre.

Además, al firmar el consentimiento informado para la administración de anestesia regional le fue advertido el riesgo de “*aumento del parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas)*”.

Así pues, en estas circunstancias y teniendo presente la jurisprudencia expuesta tanto del Tribunal Supremo como del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, esta Comisión considera que no era preciso el consentimiento informado de la reclamante para el parto.

Continuando con el análisis de la reclamación formulada por la interesada, reprocha a su vez que en el curso del parto instrumental se produjo un desgarro perineal de grado IV con extensión rectal proximal de 10 cm.

El informe del Servicio de Obstetricia señala que, efectivamente, se produjo un desgarro de IV grado comprobado tras la extracción fetal, pero precisa que se describe una prociencia de mano fetal, que considera podría haber sido causa o concausa del desgarro descrito, siendo avisado el Servicio de Cirugía para su colaboración, dada la magnitud del desgarro.

La Inspección Sanitaria -tras destacar que el recién nacido no mostró lesión ni signo alguno de lesión interna o externa causada por el uso de fórceps, sino que nació con completa normalidad y vitalidad-, indica que se realizó episiotomía para abrir el espacio hacia lateral y que,

no obstante, se produjo el grave desgarro descrito que afectó hasta ano y recto.

Señala expresamente que, a pesar del alcance del efecto adverso generado, no se estima que el uso del fórceps no estuviera indicado ni que fuera manejado de un modo indebido. Insiste en que el recién nacido, con mano prolapsada, no recibió daño alguno, por lo que *“no se objetiva que se realizara mala práctica, a pesar del desgarro”*.

Finalmente, la interesada considera que existió un manejo deficiente del seguimiento de la fistula, sin reparar la misma hasta la fecha de presentación de la reclamación, en la que se encuentra en lista de espera para ser intervenida.

El Servicio de Cirugía del HUPH indica en su informe que, tanto la incontinencia anal como la clínica de fistula recto vaginal, pueden y de hecho mejoran espontáneamente a lo largo del primer año en algunas enfermas, tras la reparación post parto.

Señala en este sentido que, obtener un diagnóstico certero y una valoración de la posible mejoría clínica es la razón de haber pospuesto y retrasado la cirugía, con el objeto de tener la certeza de la evolución final y secuelas permanentes postparto.

Interesa precisar en este punto que esa mejoría se produjo en el caso de la reclamante, tal y como pone de manifiesto el contenido de la historia clínica, concretamente, el informe de fecha 15 de octubre de 2019.

Acerca de las complicaciones surgidas, la Inspección comienza indicando expresamente que no son menores sino importantes, que afectan a la calidad de vida, y son de resolución o paliación lenta y no fácil en ocasiones.

En cuanto al seguimiento de las mismas, señala que las revisiones realizadas por los servicios de Cirugía, Unidad de Suelo Pélvico y Rehabilitación, no resultan escasas. Se refiere al frecuente control por parte de Cirugía y considera a la vista de las revisiones efectuadas, el establecimiento de un periodo para ver evolución, no resulta improcedente.

Tras referirse sintéticamente a la intervención de los distintos servicios implicados y a las pruebas realizadas, valora que el seguimiento ha sido el correcto acorde a las pautas y actuaciones que se conocen y recomiendan.

Concluye que la asistencia sanitaria obstétrica prestada a la interesada el día 24 de octubre de 2018 no se considera catalogable de práctica inadecuada, a pesar de la grave complicación surgida. Añade que el seguimiento de las lesiones se considera correcto.

Conclusión a la que hemos de atenernos teniendo en cuenta el valor fundamental del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de octubre de 2019 (recurso 798/29017), precisando que, sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye un relevante elemento de juicio para resolver las cuestiones litigiosas, cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, siempre que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes, como es el caso.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber acreditado la existencia de mala praxis ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 9 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 123/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid