

Dictamen nº: **145/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.03.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 15 de marzo de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por dos abogados, en nombre y representación de D. y Dña., que actúan en su propio nombre y el de su hija, menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen a la asistencia en el parto de la niña en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de septiembre de 2020 dos abogados, en nombre y representación de las personas citadas en el encabezamiento, presentan en el Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario La Paz.

El escrito relata que la reclamante ingresó en el Hospital Universitario La Paz de Madrid el 20 de octubre de 2019, a las 9 horas y

4 minutos, con 41 semanas y 3 días de embarazo. Refiere que, una vez explorada, el personal sanitario estima que procede la finalización de la gestación por encontrarse esta en vías de prolongación, ya que el cuello del útero se encuentra en posterior, formado, de consistencia media, con 2 cm. de dilatación. Además, el relato continúa, el feto se encuentra en situación longitudinal, con presentación cefálica y la bolsa se encuentra íntegra.

Según la reclamación, se realizó inicialmente maduración cervical con prostaglandinas vaginales a las 11 horas, tras comprobar un estado de bienestar fetal y contracciones uterinas irregulares en el registro cardiotocográfico realizado previamente. Posteriormente, afirman, se realizan ventanas de monitorización y se inicia registro cardiotocográfico a las 11 horas 40 minutos, el cual dura 35 minutos, y permite apreciar un estado de bienestar fetal y una adecuada oxigenación.

Según los reclamantes, el feto se encontraba en una situación de bienestar y adecuada oxigenación en el momento posterior al ingreso, de modo que la historia clínica no refleja ningún elemento de sospecha clínica en las horas posteriores e incluye una copia del registro cardiotocográfico continuo, que se inicia a las 19 horas 56 minutos y finaliza a las 3 horas 10 minutos del día 21 de octubre de 2019.

La reclamación expone que en la documentación clínica facilitada por el centro hospitalario no consta cuándo se retiró el Propess, por lo que los reclamantes desconocen ese dato sobre la estimulación uterina.

Continúa el relato indicando que se abre partograma a las 20 horas del día 20 de octubre, momento en el que el cuello está borrado en un 70% y presenta 3 cm. de dilatación, de modo que la última exploración vaginal intraparto de la que se tiene constancia se realizó a la 1 hora y 15 minutos del día 21 de octubre. Señala el escrito que, en ese momento, la presentación se encuentra en occípito ilíaca izquierda transversa por

encima del I plano de Hodge y con una dilatación cervical de 7-8 cm., aproximadamente. Indican que el estudio gasométrico de cordón aporta un pH de 7,12 y el parto finaliza mediante vacuo-extracción por registro cardiotocográfico patológico, *“siendo extraída una mujer a las 3 horas 19 minutos del día 21 de octubre de 2019, con 4 kg. de peso”*.

Los reclamantes afirman que el neonato precisó reanimación profunda con intubación a los 9 minutos, e ingresó en Neonatología, y que el periodo expulsivo se complicó con una distocia de hombros, resuelta con maniobra de McRoberts, Rubin I, Rubin II y maniobra de Woods, invirtiéndose 4 minutos en su resolución.

El escrito recoge que se realiza episiotomía medio lateral derecha y no se refieren alteraciones durante el puerperio hospitalario, siendo el neonato sometido a hipotermia activa, por sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica con trombopenia secundaria.

Según los reclamantes, es importante señalar en este punto que, a pesar de que se describe una evolución aceptable, se informa de una hiper-reflexia en miembros inferiores y movimientos generales hipoactivos. Además, manifiestan que su hija presentó también, desde el nacimiento, una parálisis braquial obstétrica derecha, sin que se pudiese administrar toxina botulínica, siendo sometida a rehabilitación y fisioterapia, de modo que está pendiente de una eventual intervención quirúrgica y ha sido diagnosticada de axonotmesis parcial C5-C6.

La reclamación recoge que *“ante los anteriores datos clínicos, podemos realizar las siguientes consideraciones médicas:*

1.- No existe causa pregestacional alguna que pueda explicar la complicación que presentó la recién nacida.

2.- La inducción estuvo correctamente indicada, ya que el embarazo se encontraba en vías de prolongación. No existía contraindicación alguna para la inducción del parto, ya que el feto no fue macrosómico (el percentil en el momento del nacimiento era de p79), el feto se encontraba en una situación de bienestar y no existía ninguna otra contraindicación inespecífica para la inducción del parto. Por tanto, es evidente que se trata de una complicación intraparto que apareció en el periodo expulsivo, no disponiendo de información en relación con la asistencia prestada en dicho periodo no debiendo de asumir que fue correcta en base a su ausencia.

Es preciso subrayar la circunstancia de que el partograma se interrumpe 2 horas antes del parto. Tampoco se describe, como hemos apuntado, el momento en el que se retira el Propess ni el protocolo quirúrgico de la aplicación de la ventosa, que nos permita afirmar que la técnica aplicada fue correcta. Por ello, desde este momento interesamos la documentación muy especialmente referente a esos tres momentos asistenciales”.

Los reclamantes indican que, en caso de no aportarse el partograma en las dos últimas horas del parto, se debe asumir que la presentación fetal no había alcanzado el III plano de Hodge y que la presentación estaba en posición transversa izquierda (según la última exploración obstétrica realizada), condiciones en las que está contraindicado el parto instrumental.

Reprochan de igual modo que no disponen del consentimiento informado para parto instrumental, por lo que no se puede descartar que igualmente concurriese una vulneración de la autonomía e información del paciente, extremo que deberá aclararse durante la tramitación del procedimiento administrativo.

En cuanto al pH de 7,12, afirman que ha de ser atribuido a la hipoxia sufrida durante la distocia de hombros, debido a la compresión del cordón, y señalan que los estudios de imagen (RMN y ecografías cerebrales) no son compatibles con una encefalopatía hipóxico-isquémica con una adecuada evolución clínica tras la hipotermia.

A continuación, la reclamación ilustra sobre las distintas maniobras que el protocolo establece para el manejo de la distocia de hombros: la maniobra de Mc Roberts (flexión de los muslos maternos sobre su abdomen) y presión suprapúbica para desencajar el hombro anterior que se encuentra debajo de la sínfisis púbica; la maniobra de Rubin: se acerca el hombro fetal al esternón fetal, intentando extraer el hombro por uno de los diámetros oblicuos de la pelvis (más amplios que el antero-posterior o lateral). Afirman los reclamantes que en el presente supuesto, dado que no se consiguió extraer el hombro por uno de los diámetros oblicuos, se realizó la maniobra de Woods (rotación del feto 180°, haciendo que el hombro anterior sea posterior y el anterior sea anterior).

Refieren que esta maniobra hay que hacerla de manera técnicamente correcta, ya que no se ha de rotar la cabeza de forma primaria pues, en ese caso, se producirá una lesión del plexo braquial inevitablemente. Se ha de rotar ejerciendo presión sobre la escápula y clavícula, y de esta manera se conseguirá secundariamente una rotación de la cabeza. Por ello, afirma el escrito que la lesión diagnosticada a la menor (axonotmesis C5-C6) es desproporcionada en relación con la distocia de hombros y con un posible triple origen de la lesión:

1.- Flexión exagerada de la cabeza fetal hacia abajo, una vez realizada la rotación externa y cuando se diagnosticó inicialmente la distocia de hombros (lo más probable).

2.- Maniobra de Woods mal realizada, rotando la cabeza primariamente sin provocar la rotación cefálica de manera secundaria a la presión ejercida sobre la clavícula o escápula.

3.- Tracción del hombro posterior (que tras la maniobra de Woods es el derecho) una vez extraído, lo que parece menos probable.

En consecuencia, y a falta de que se les de traslado de la totalidad de la historia clínica, los interesados reclaman por la asistencia obstétrica prestada, que causó graves lesiones a su hija menor de edad, toda vez que esta presenta unas lesiones no compatibles con una actuación obstétrica ajustada a la *lex artis ad hoc*, faltando relevantes documentos clínicos que puedan explicar lo ocurrido desde la normopraxis y exonerar de responsabilidad al SERMAS.

Por ello, afirman que se le ha generado a la menor un daño físico y a los reclamantes un daño moral que no debían haber soportado y que debe ser objeto de indemnización. Señalan que el importe de la indemnización se fijará posteriormente, cuando exista estabilización de las lesiones, circunstancia que a día de interposición de la reclamación aún no se ha producido.

Por último, solicitan la incorporación al expediente administrativo de la historia clínica completa de la reclamante y de su hija, requiriendo a hospitales y demás organismos públicos para su aportación.

El escrito de reclamación se acompaña con la escritura de poder otorgada a favor de los abogados firmantes del escrito de reclamación, el libro de familia de los interesados y diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada (folios 1 a 87 del expediente).

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

La paciente, de 32 años de edad, con antecedentes de intervención quirúrgica de rodilla, apendicitis aguda y polipsectomías colónicas, ingresa en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario La Paz, el 20 de octubre de 2019, a las 09:04 horas, para finalización gestacional por embarazo cronológicamente prolongado. Sin metrorragia ni amenorrea. Percibe movimientos fetales con normalidad. Sin sensación de dinámica uterina. Sin fiebre. Sin otra sintomatología.

El seguimiento del embarazo se realiza en el CEP José Marva. Gestación de bajo riesgo. En el día del ingreso: edad gestacional: 41 + 3 semanas. Exploración: constantes: tensión arterial: 95/70.

Resumen de pruebas complementarias:

Imagen: ecografía del 1º trimestre: acorde. Cribado combinado de bajo riesgo. Ecografía del 2º trimestre: acorde. Sin malformaciones. Ecografía de la semana 34+6: cefálica. DBP-85 CA-314 LF-64. LAN. Peso estimado del feto 2.500 g.

Se inicia maduración cervical con aplicación de prostaglandinas. Presentación cefálica del feto. Registro cardiotocográfico: bienestar fetal. Tipo de amniorrexia: espontánea. Bolsa rota 7,5 horas.

A las 1:15 horas del 21 de octubre de 2019, el bebé se encuentra en presentación en occípito iliaca izquierda transversa por encima del plano I de Hodge, y con una dilatación cervical de 7-8 cm. aproximadamente.

A las 3:19 horas, ante la presencia de un registro cardiotocográfico con pérdida del bienestar fetal, se decide el uso de la ventosa para la extracción del feto. Feto en posición cefálica. Presentación occípito-posterior y cabeza en los planos III y IV de Hodge. Distocia de hombro derecho muy dificultosa, que tarda 4 minutos en ser resuelta, con la realización de las maniobras de McRoberts, Rubin I, Rubin II, y Woods.

En el informe clínico de alta se hace constar:

“Parto: inicio: inducción. Indicación: gestación 41+6 semanas. Tipo de parto: ventosa. Indicación: registro cardiotocográfico patológico.

Analgesia para dilatación: epidural. Episiotomía: medio lateral. Desgarro: no.

Distocia de hombros: Sí. Resuelta mediante maniobra: Mc Roberts. Rubin I (presión púbica). Woods (sacacorchos). Hombro posterior.

Alumbramiento: credé. Cordón umbilical: normal.

Recién nacido: mujer. Nació el 21 de octubre de 2019 a las 03:19 horas, con 41 semanas+3 días de gestación.

Puerperio: el puerperio evolucionó con normalidad.

Evolución y comentarios: distocia de hombros resuelta en cuatro minutos con maniobras de Mc Roberts, Rubin I, Rubin II y Woods.

Diagnóstico principal: parto con ventosa obstétrica

Otros diagnósticos: embarazo en vías de prolongación. Riesgo de pérdida del bienestar fetal en expulsivo. Distocia de hombros.

Procedimientos: maduración cervical. Inducción al parto. Asistencia al parto con ventosa obstétrica. Resolución de distocia de hombros”.

En cuanto a los datos del recién nacido: fecha de nacimiento: 21 de octubre de 2019. Hora de nacimiento: 03:19 horas. pH arterial: 7.12. Apgar 3/6/8. Precisa ventilación con presión positiva, con lo que recupera frecuencia cardíaca por encima de 100 en el primer minuto de vida, pero con escaso esfuerzo respiratorio aunque mejoría progresiva de

saturación. Ante la ausencia de esfuerzo espontáneo, se decide intubación a los 9 minutos. FiO2 máxima 0,30.

Exploración física:

Somatometría al nacimiento: peso 4000 gr (p72, z: 0.6), longitud 51 cm (p38, z: -0.3), perímetro cefálico 35.5 cm (p53, z: 0.1)

Exploración física al ingreso en Neonatología:

Buen estado general, acrocianosis de manos y pies por frío. Cabeza y cuello: caput parieto-occipital. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral, ruido abundante de secreciones. Abdomen blando, depresible, sin megalias. Pulsos periféricos positivos.

Neurológicamente, muestra escasa actividad espontánea hasta los 6-7 minutos, que empieza a responder a estímulos. Llega a abrir los ojos, pero no mantiene la vigilia y vuelve a dormir fácilmente. Parálisis braquial derecha. Pobre repertorio de movimientos espontáneos. Reflejos tendinosos exaltados. Pupilas medias reactivas.

Exploración física a los 30 minutos de vida: parece mantenerse despierta, pero no fija la mirada, poco repertorio de movimientos, actitud en extensión de las 4 extremidades, reflejos rotulianos exaltados. Se realiza electroencefalograma en amplitud, con trazado continuo sin crisis eléctricas ni clínicas. Escala García Álix: 8 puntos.

Exploración física a las 1,5 horas de vida: despierta con dificultad y cuesta que se mantenga despierta, miembro superior izquierdo en flexión, miembro superior derecho en extensión (parálisis), piernas en extensión, sigue con poco repertorio espontáneo de movimientos, reflejos exaltados. Electroencefalograma en amplitud con trazado continuo con

ciclos vigilia-sueño sin crisis. Escala García Álix 8 puntos, por lo que al mantenerse > 6 se decide iniciar hipotermia, alcanzando la temperatura objetivo a las 3 horas de vida.

Tras iniciar hipotermia, empieza con temblor generalizado, tendencia a hiperactividad e hipertonía de miembros superiores e inferiores, por lo que se inicia perfusión de cloruro mórfo No se objetivan crisis ni clínicas ni eléctricas en ningún momento. Se identifica en electroencefalograma ampliado durante hipotermia un trazado continuo con husos del sueño.

Ecografías cerebrales seriadas:

- Ecografía transfontanelar el 21 de octubre de 2019: hiperecogeneidad periventricular leve-moderada de la sustancia blanca frontal bilateral, territorios correspondientes a zonas de vascularización limítrofe (ACA-ACM). Dudoso sangrado a nivel de la cisterna cuadrigémina, sin desplazamiento de estructuras, en las que se objetiva ecogenicidad periventricular leve-moderada de sustancia blanca, sin otros hallazgos.

- Ecografía trasfontanelar de 23 de octubre de 2016, que objetiva hiperecogeneidad periventricular leve-moderada de la sustancia blanca, más marcada a nivel de la sustancia blanca frontal bilateral, territorios correspondientes a zonas de vascularización limítrofe (ACA-ACM). Sin hemorragia.

- Ecografía transfontanelar de 5 de noviembre de 2019: leve aumento del espacio extraaxial. Tamaño ventricular normal. Sin alteraciones en la ecogenicidad de la sustancia blanca.

Se realiza resonancia magnética nuclear el 28 de octubre de 2019: no se observan alteraciones de la señal del parénquima cerebral, cerebeloso ni de tronco, incluidos ganglios basales y tálamos.

Maduración de la mielina acorde con edad. Hematomas subdurales subagudos leves relacionados con el parto. Dudoso higroma milimétrico en convexidad izquierda.

En la exploración física al alta, con una edad de 15 días: peso: 4.375 gramos. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, buen color. Fontanela a nivel, suturas permeables. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: buena entrada de aire bilateral, buena dinámica respiratoria. Abdomen: blando, depresible, no distendido, sin megalias. Pulsos periféricos positivos y simétricos. Femeninos normales. Caderas estables.

Neurológicamente: despierta, fijando la mirada, sigue con ella. Succión adecuada. Movimientos espontáneos fluidos, salvo en el miembro superior derecho por la parálisis. Movilización espontánea de miembros inferiores bilateral simétrica. Clonus muy leve y ya solo de forma intermitente. Los reflejos osteotendinosos ya no son exaltados. Mejoría de la hipotonía axial-cervical.

El 11 de noviembre de 2019 la menor es valorada por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz. Exploración física: dormida, despierta con facilidad, irritable, fijando la mirada, no se aprecia seguimiento. Postura en decúbito supino adecuado en miembros inferiores y miembro superior izquierdo, miembro superior derecho adducto, con hombro en rotación interior, codo extendido y mano con adecuado posicionamiento.

Los movimientos espontáneos (grabados en vídeo, firmado el consentimiento informado) son escasos, con poca variabilidad y fluidez, sugerentes de pobre repertorio. Sin movimientos claramente patológicos. Movilización espontánea de miembros inferiores bilateral simétrica. Ausentes en el miembro superior derecho con hipotonía proximal. Dudosa hiperreflexia de miembros inferiores, sin desencadenar clonus.

Hipotonía axial, tono normal en los miembros inferiores. Mantiene la prensión palmar. Sin asimetrías faciales. Reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Moro ausente en lado derecho, lado izquierdo normal.

El juicio clínico es de encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotonía axial, hiperreflexia de miembros inferiores y movimientos generales hipoactivos+parálisis braquial superior derecha con afectación del bíceps residual.

Con fecha 15 de noviembre de 2019 acude a revisión de Neonatología en el Hospital Universitario La Paz. Peso 4.440 g. Buen estado general, bien hidratada y perfundida, buen color. Fontanela a nivel, suturas permeables. Auscultación: rítmico, sin soplos. Buena entrada de aire bilateral, buena dinámica respiratoria. Abdomen blando, depresible, no distendido, sin megalias. Pulsos periféricos positivos y simétricos. Femeninos normales. Caderas estables.

Neurológicamente: despierta, fijando la mirada, sigue mirada. Succión adecuada. Movimientos espontáneos fluidos salvo en el miembro superior derecho por la parálisis. Movilización espontánea de miembros inferiores bilateral simétrica. Sin hipotonía axial-cervical. Encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotonía axial + parálisis braquial superior derecha con afectación del bíceps residual.

Evolución y comentarios: Buena evolución. Ha mejorado el tono axial y la movilidad espontánea del brazo derecho.

Tratamiento: seguimiento en Neonatología, Rehabilitación, Cirugía Plástica, Neurología y Otorrinolaringología.

El 17 de noviembre de 2019 la menor es llevada a Urgencias por su madre por presentar irritabilidad desde hace 3 días. Neonata de 27 días, tomas conservadas. Su madre refiere dificultad para la expulsión de heces y sensación de dolor abdominal de predominio nocturno. Aparición

de reflujo tras las comidas, por lo que la madre la mantiene incorporada. Tras la exploración física, el diagnóstico principal es de irritabilidad sin datos de alarma (en probable relación a cólicos del lactante).

Con fecha 18 de noviembre de 2019, acude a consulta de Cirugía Plástica en el Hospital Universitario La Paz. Se hace constar en la historia clínica que debe iniciar rehabilitación de manera preferente, para realización de ejercicios según protocolo para este tipo de lesiones. Se pauta revisión en 2 meses, para valorar recuperación de flexión de codo y decidir intervención quirúrgica. No se debe infiltrar toxina botulínica, ya que interfiere con la cirugía.

El 2 de diciembre de 2019 acude a consulta de Neurología Pediátrica. Parálisis braquial derecha. Recibe rehabilitación física. Actualmente, muestra brazo en rotación interna, con resistencia pasiva, extensión forzada del antebrazo, y movimiento de flexión y extensión de los dedos, flexión del carpo, sin claros movimientos en extensión del carpo. Contracción importante del tríceps, imposible flexión del antebrazo. Sonrisa social. Fuerza, movilidad y tono muscular normales en las otras tres extremidades y tronco.

Diagnóstico principal: parálisis braquial obstétrica derecha con axonotmesis parcial de C5-C6.

Se cita para electromiografía y posible infiltración de toxina botulínica. Fisioterapia. Estimular el movimiento en rotación externa del brazo y flexión del codo.

Con fecha 12 de diciembre de 2019, revisión en Neurología Pediátrica de su parálisis braquial obstétrica derecha. Los padres de la paciente aportan informe de Cirugía Plástica desaconsejando el tratamiento con toxina botulínica, y no desean realizar electromiografía. Así mismo, informan de que el rehabilitador desaconseja la toxina

botulínica. El diagnóstico principal es de parálisis braquial obstétrica derecha con axonotmesis parcial de C5-C6.

El 3 de febrero de 2020 la menor acude a consulta de Otorrinolaringología Pediátrica. Paciente con antecedente de parto distócico y encefalopatía hipóxico-isquémica, que recibió tratamiento con hipotermia. No pasó el cribado auditivo al nacimiento. En controles, pero con buen desarrollo psicomotor. Tiene sostén cefálico. Sin parámetros AF de hipoacusia. Se sobresalta con los ruidos y se calma con la voz. Exploración física: otoscopia normal bilateral.

En cuanto a las pruebas de imagen, se realiza resonancia craneal sin sedación, en sueño espontáneo, secuencias habituales. Se observan imágenes lineales hiperintensas en T1 adyacentes a escama occipital y lambda; también existen colecciones milimétricas marcadamente hipointensas en T2 y EG en tentorio. Todas ellas compatibles con colecciones subdurales laminares en relación con parto. Resto de estructuras de línea media, dentro de la normalidad.

Sistema ventricular de situación y tamaño dentro de la normalidad, levemente asimétrico, atrio izquierdo más amplio. También es más amplio el espacio extraaxial del hemisferio izquierdo. Dudoso higroma laminar hemisférico izquierdo.

No se observan alteraciones de la señal del parénquima cerebral, cerebeloso ni de tronco, incluidos ganglios basales y tálamos. Maduración de la mielina acorde con edad. Artefactos en región temporoparietal izquierda, especialmente en secuencia difusión y eco de gradiente por la presencia de una vía en cuero cabelludo.

Conclusión: hematomas subdurales subagudos leves relacionados con el parto. Dudoso higroma milimétrico en convexidad izquierda.

El 3 de febrero 2020 acude a revisión de Neonatología. Buena evolución. Ha mejorado el tono axial y la movilidad espontánea del brazo derecho. Acude a Fisioterapia 2 días a la semana y a revisiones en Neurología. Revisiones en Cirugía Plástica.

Otros diagnósticos: encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal leve. Parálisis braquial obstétrica derecha con axonotmesis parcial de C5-C6.

En consulta de Rehabilitación el 4 de mayo de 2020, la exploración física objetiva paciente dormida, despierta con facilidad, irritable, fijando la mirada, no se aprecia seguimiento. Postura en decúbito supino adecuada en los miembros inferiores y en el miembro superior izquierdo; el miembro superior derecho adducto, con el hombro en rotación interior, codo extendido y mano con adecuado posicionamiento.

Los movimientos espontáneos (grabados en vídeo, firmado el consentimiento informado) son escasos, con poca variabilidad y fluidez, sugerentes de pobre repertorio. Sin movimientos claramente patológicos.

Movilización espontánea de miembros inferiores bilateral simétrica. Ausentes en el miembro superior derecho con hipotonía proximal. Dudosa hiperreflexia de miembros inferiores, sin desencadenar clonus. Hipotonía axial, tono normal en miembros inferiores. Mantiene la prensión palmar. Sin asimetrías faciales. Reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Moro ausente en lado derecho, lado izquierdo normal.

El juicio clínico es de encefalopatía hipóxico-isquémica con hipotonía axial, hiperreflexia de miembros inferiores y movimientos generales hipoactivos+parálisis braquial superior derecha con afectación del bíceps residual.

Plan: mantener el brazo inmovilizado pegado al cuerpo en todo momento durante 2-3 semanas. Se pauta cita en consultas externas de

Rehabilitación Infantil al alta para seguimiento, y cinesiterapia mientras esté ingresada para estimulación global, evitando movilización del miembro superior derecho.

Los reclamantes aportan resolución sobre el grado de discapacidad de la menor, con base en el dictamen técnico facultativo de 6 de noviembre de 2020 del Centro Base nº 10 de la Comunidad de Madrid, conforme al cual, la menor presenta limitación funcional en el miembro superior derecho, por lesión del plexo braquial, y retraso madurativo, otorgándole un grado de limitación en la actividad global del 24%.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Universitario La Paz, tanto en lo que se refiere al proceso obstétrico de la madre como en lo relativo al proceso de la recién nacida (folios 90 a 211).

El 16 de octubre de 2020 emite informe el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz que, tras realizar un análisis y contestar los reproches de los reclamantes a la luz de los datos que figuran en la historia clínica, concluye que *“la indicación de la inducción, el manejo del parto, la aplicación de la ventosa obstétrica y la resolución de la distocia de hombros se realizó de forma adecuada a protocolo. No podemos descartar que la lesión haya sido producida por una tracción del cuello fetal en el intento de extracción previo a la realización de maniobras específicas o acompañando a algunas de las mismas si bien, en cualquier caso, todo el procedimiento fue dirigido a evitar males mayores, como hubiesen sido la lesión neurológica a nivel del sistema nervioso central o la muerte fetal entre otras, sobre un feto en el que ya previamente a la ventosa habría un registro sospechoso de pérdida*

del bienestar fetal y que, previo a la presentación de la distocia de hombros, urgía ya su extracción”.

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica y el informe emitido por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la atención médica y profesional dispensada a la madre y la niña en el referido centro hospitalario, puede considerarse correcta y adecuada a la “*lex artis ad hoc*”.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los interesados mediante oficio de 19 de noviembre de 2021.

Consta en el expediente que los reclamantes formularon alegaciones a través de un escrito de su representación legal, presentado el 9 de diciembre de 2021, en el que se ratifican en el contenido de su reclamación inicial y cuestionan el informe de la Inspección Sanitaria pues, según afirman, da por válida “*una información respecto al plano fetal en el que se encontraba la pequeña ... que no figura en la historia clínica, pero que es referida por el jefe de Servicio de Ginecología...observamos como basa tal alegación en un documento denominado “Monográfico de parto” que no forma parte del expediente administrativo, ni del historial clínico de la madre ni de la niña. No sabemos si a “modo de ejemplo” o con qué objetivo, este facultativo nos incluye, según cita, una imagen que no sabemos si corresponde a esta paciente y es totalmente ilegible*”.

Los reclamantes manifiestan que, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), desde el momento en que se considere que la mujer está de parto, se recomienda emplear un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.

Indican que había que actuar y se actuó en beneficio del bienestar de la recién nacida, pero este tipo de maniobras están pensadas y deben de ser ejecutadas de manera adecuada para no causar lesiones, y en este caso se diagnosticó una axonotmesis parcial C5-C6. Afirman que la electromiografía aún no se ha realizado, no por deseo de los padres, sino por recomendación médica, concretamente de los rehabilitadores que estaban tratando a la pequeña. En definitiva, consideran que se produjo una aplicación excesiva de presión en la cabeza del bebé para intentar liberar el hombro atascado, de modo que se pueden producir roturas debido a la gran tracción que se ejerce sobre la cabeza con estiramiento del cuello.

Por último, solicitan que se indemnice con una cantidad que se fijará cuando se estabilicen las secuelas, pero que, en todo caso, excederá de 30.000 euros.

En vista de las alegaciones formuladas por los interesados, el instructor solicitó al Hospital Universitario La Paz que aportara una imagen legible de la información reclamada por los interesados (pantallazo de la aplicación informática de registro de datos), de modo que, tras su aportación al expediente y mediante notificación de 18 de enero de 2022, se da traslado del documento a los interesados, con ampliación del trámite de audiencia. Los reclamantes presentan escrito de 20 de enero de 2022, en el que alegan que la imagen aportada no permite identificar a qué paciente corresponde, ratificándose en el escrito de alegaciones anteriormente presentado.

Finalmente, el 1 de febrero de 2022 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimaba la reclamación de responsabilidad patrimonial, al entender que la asistencia sanitaria reprochada se ajustó a la *lex artis*.

CUARTO.- El 11 de febrero de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 82/22 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de marzo de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, pues los reclamantes no han concretado el importe solicitado, aunque consideran que será superior a 30.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC, de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La menor ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario La Paz contra la que se reclama. Actúa debidamente representada por sus padres, a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil, que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a los firmantes del escrito de reclamación con la niña mediante copia del libro de familia. Asimismo, cabe reconocer la legitimación activa de los padres por el supuesto daño provocado por los padecimientos de su hija. Actúan debidamente representados, habiendo quedado acreditado el poder de representación que ostentan los firmantes del escrito de reclamación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario La Paz, centro sanitario integrado en la red asistencial pública madrileña.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, los interesados reclaman por la asistencia sanitaria durante el parto ocurrido el 20 de octubre de 2019, por lo que, presentada la reclamación el 23 de septiembre de 2020, debe

entenderse que ha sido formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria. Además, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones en el sentido ya expuesto, reclamando documentación que les fue remitida por el centro sanitario. En consecuencia, se confirió nuevo trámite de audiencia a los interesados y, finalmente, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad, que ha sido remitida, junto al resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado 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”.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los interesados reprochan que la presentación fetal no había alcanzado el III plano de Hodge y que el feto estaba en posición transversa izquierda (según la última exploración obstétrica realizada), condiciones en las que está contraindicado el parto instrumental. Reprochan de igual modo que no disponen del consentimiento informado para parto instrumental, por lo que no se puede descartar que igualmente concurriese una vulneración de la autonomía e información del paciente, así como que no consta el momento de retirada del Propess en la inducción del parto. Por último, señalan que la lesión diagnosticada a la menor (axonotmesis C5-C6) es desproporcionada en relación con la distocia de hombros y tiene como probable origen una flexión exagerada de la cabeza fetal hacia abajo, una vez realizada la rotación externa y cuando se diagnosticó inicialmente la distocia de hombros.

No resulta controvertido en el expediente que la hija de los reclamantes sufrió una encefalopatía hipóxico isquémica y una parálisis braquial obstétrica derecha con axonotmesis parcial de C5-C6, evidenciada tras el parto, pero, en todo caso, aunque admitiéramos a efectos dialécticos la existencia de relación de causalidad, resulta esencial determinar si se produjo una infracción de la *lex artis* por parte

de los profesionales que atendieron el parto de la niña, para lo cual 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes, más allá de sus afirmaciones, no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que atendieron el parto en el Hospital Universitario La Paz. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis* y trató, en todo caso, de salvaguardar la salud de la menor ante un parto complicado.

En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en

su informe que la asistencia sanitaria puede considerarse correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Entrando en el análisis de la asistencia sanitaria reprochada, cabe indicar, en primer lugar, que los informes médicos, tanto el del servicio implicado en el proceso asistencial del parto como el de la Inspección Sanitaria e, incluso, la propia reclamación, coinciden en afirmar que la inducción del parto estuvo correctamente indicada y que se trató de una complicación intraparto que apareció en el periodo expulsivo. En cuanto al Propess y su retirada, refiere el Servicio de Obstetricia y Ginecología en su informe que *“por protocolo de inducción del parto, el Propess hay que retirarlo en cualquier caso previo a la estimulación con oxitocina”*.

Según resulta de la historia clínica, aunque se cuestiona por los reclamantes, ante la pérdida del bienestar fetal evidenciada por un registro cardiotocográfico patológico (tal y consta en el informe de alta de Obstetricia y en el propio registro cardiotocográfico, en el que se aprecian determinados episodios de taquicardias y deceleraciones y, especialmente, una deceleración prolongada y bradicardia a las 02:53 horas), se opta por el uso de la ventosa para la extracción del feto. Como refiere el servicio afectado en su informe y corrobora la Inspección Sanitaria, *“...En el mismo apartado del "Monográfico de Parto" se escriben, en el apartado de observaciones, las condiciones de la aplicación de la ventosa. En este caso quedaron registradas de la siguiente forma: "RCTG patológico. Feto en occípito posterior en III-IV plano de Hodge. Se aplica ventosa tipo Kiwi, se aplica vacío..."*. A juicio de la Inspección Sanitaria, esa posición del feto *“permite el uso de medios de extracción como la ventosa, ante la situación de pérdida de bienestar fetal recogida mediante el registro cardiotocográfico patológico”*.

En cuanto a los datos que aporta la historia clínica ya reseñados, que los reclamantes cuestionan, cabe recordar que habrá que estar a lo

que en dicha historia clínica se recoge, pues, como han reconocido los tribunales de justicia, nos encontramos con un documento administrativo en el que los hechos, actos o estados de cosas que consten el mismo se han de tener por ciertos, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León de 16 de noviembre de 2007 con cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006), medios que no han sido aportados por los interesados.

Por otro lado, los reclamantes señalan en su escrito que *“no existe causa pregestacional alguna que pueda explicar la complicación que presentó la recién nacida”*. En este sentido, respecto de la distocia de hombros acaecida en el expulsivo, esta Comisión Jurídica Asesora se ha manifestado en numerosas ocasiones resaltando su carácter impredecible. Así, el Dictamen 137/16, de 26 de mayo, establecía de modo claro que *“la distocia de hombros no tiene un origen claro. El Dictamen 165/14, de 23 de abril, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid recordaba que «la distocia de hombros es difícilmente (por no decir imposible) previsible. Según la Inspección (...) está mal definida, no es predecible”, sin existir “un algoritmo de tratamiento de eficacia probada” de tal forma que la distocia “sigue siendo enigmática”*.

En el mismo sentido, la Sentencia 1889/2006, de 26 de octubre, de la Sala de lo Contencioso- Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, también ante una reclamación similar a la presente, razonó que *“esta complicación tiene las siguientes características: Es grave...Es imprevisible... ...Surge más frecuentemente en fetos de cuatro kilos o más”* y añadió, en doctrina de aplicación al supuesto que nos ocupa que *“no existe regla que concrete la presión que se ha de realizar al aplicar las técnicas de corrección del problema”*.

En efecto, en cuanto a la corrección de la técnica empleada para resolver la citada distocia de hombros, la Inspección Sanitaria refiere que

“en general, se dispone de hasta cinco minutos para la extracción de un feto bien oxigenado y a término antes de que aparezcan lesiones por asfixia (2). En el caso de la paciente, las maniobras usadas consiguieron la finalización del parto en cuatro minutos, por lo que el lapso de tiempo empleado se corresponde al determinado en los distintos estudios llevados a cabo sobre la patología. La razón de ese lapso de tiempo se debe a que, considerando que un neonato bien oxigenado tiene al nacer un pH de 7.28 de media y que éste baja en un ritmo de 0.04 unidades/minuto de asfixia, se ha calculado que el tiempo máximo de resolución debería ser 5 minutos”.

Respecto de la lesión en el plexo braquial que sufre la menor, desgraciadamente es una consecuencia más habitual de lo deseable tras el empleo de las técnicas de resolución de la distocia de hombros, pues, en palabras de la Inspección Sanitaria *“...alcanzan el 63,4% de los casos. Es decir, 2 de cada 3 bebés que presentan dicha patología sufrirán lesión en el plexo braquial, tras las maniobras de extracción indicadas en dicha complicación del parto”*. En todo caso, como señala el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz *“todo el procedimiento fue dirigido a evitar males mayores como hubiesen sido la lesión neurológica a nivel del sistema nervioso central o la muerte fetal entre otras, sobre un feto en el que ya previamente a la ventosa habría un registro sospechoso de pérdida del bienestar fetal y que previo a la presentación de la distocia de hombros urgía ya su extracción”*. No debemos olvidar que el neonato también presentó encefalopatía hipóxico-isquémica, de modo que, a juicio de la Inspección Sanitaria, *“dicha patología muestra que el riesgo del bienestar fetal, que valoró el equipo de Obstetricia y que marcó el tipo de parto, instrumental mediante ventosa, era real y evidente”*.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al expediente contratados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el

relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quien la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario La Paz fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis denunciada.

QUINTA.- En cuanto a la afirmación de los reclamantes, según los cuales la gestante no fue debidamente informada de las condiciones del parto instrumental y de las complicaciones surgidas con arreglo a lo exigido por 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, cabe recordar la existencia en el expediente del consentimiento informado para inducción al parto, firmado por la reclamante el 20 de octubre de 2019, en el que se expresa de forma clara, dentro de las complicaciones que supone la inducción del parto, en el punto “d.” de las mismas, que existe “...*Riesgo de pérdida de bienestar fetal por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, en especial si éstas son muy intensas, no siendo su frecuencia muy superior a la observada en partos no inducidos... Igualmente, puede condicionar la finalización del parto mediante cesárea*”.

El servicio afectado refiere en su informe que la situación era urgente y “*en estas situaciones de riesgo vital el consentimiento de la paciente es solo verbal, donde se explica a la paciente la necesidad de extracción inmediata del feto por el procedimiento más rápido, en este caso, un parto con ayuda instrumental*”.

En este sentido, como es doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora (Dictamen 272/19, de 20 de junio, entre otros), 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".

En posterior 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"*. Además, 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 han 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”.

Como corolario, cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 30 de septiembre de 2016 cuando señala que *“existen distintos factores o criterios objetivos que deben ser considerados a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico, entre los que deben evaluarse los siguientes: la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la novedad del tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información. Es obvio que cuanto más urgente sea una intervención, menor será el caudal informativo exigible al médico”.*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario La Paz.

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 15 de marzo de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 145/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid