

Expediente Núm. 185/2017
Dictamen Núm. 180/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de junio de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de mayo de 2017 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida durante un parto instrumental, y con posterioridad al mismo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 22 de junio de 2016, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias. La reclamación se registra de entrada en la Administración del Principado de Asturias el 27 del mismo mes.

Expone que "el día 14 de septiembre de 2014, embarazada de 41 semanas y seis días, acude pautada al (Hospital) por gestación prolongada". Indica que, previa monitorización, "se procede a la aplicación de prostaglandinas" para la inducción del parto, sin que exista "consentimiento informado por parte de la paciente, ni para el parto general, ni tampoco para la inducción o el uso de instrumental en el mismo". Reseña que "en la madrugada del día 15 de septiembre, a las 3:00, y debido a los fuertes dolores, solicita que le sea administrada anestesia epidural", y "a las 5:00 una matrona procede a la ruptura de la bolsa amniótica", sin que "en ese momento ni" con posterioridad se informe de los motivos, beneficios o consecuencias de dicho proceder, que, reprocha, se lleva a cabo de nuevo sin consentimiento informado.

Entiende que, dado que a las 9:00 se inicia el periodo expulsivo, "casi 24 horas después del ingreso", se trata de un "parto extenso" para el que "nadie le solicitó su plan de parto". Añade que transcurrida una hora de pujos "se dirige a la matrona manifestándole su preocupación acerca de cómo está transcurriendo el expulsivo y la posibilidad de que le sea practicada una eventual cesárea". Manifiesta que a las 10:30 es la matrona quien "le informa de que existe un pequeño problema, la cabeza del bebé no está bien colocada y es lo que está causando problemas en el alumbramiento", por lo que se indica "cambio postural" e interviene el ginecólogo, que identifica como Jefe del Servicio, quien "manipula (la) cabeza del bebé hasta en dos ocasiones". Dada la falta de evolución, "la reclamante, de nuevo, solicita que le sea practicada una cesárea", añadiendo que "la baja dosis de anestesia epidural suministrada" (por razones médicas de la paciente, que padecía hipotiroidismo) y el tiempo transcurrido "hacían que los dolores del parto fueran cada vez más insoportables".

Indica que "a las 12:00, después de llevar ya tres horas sin ningún avance, y con una bajada de la dosis epidural nuevamente, una de las matronas le practica la maniobra de Kristeller (maniobra actualmente en desuso y desaconsejada por la SEGO) para hacer descender al bebé, pero que fue en vano". Precisa que el ginecólogo interviniente "decide la utilización de fórceps, optando por tanto por un `parto instrumental´. El tipo de fórceps empleado

(Simpson) se describe como un fórceps de tracción, con una curvatura cefálica estrecha, que no permite la rotación de la cabeza fetal. Presenta una longitud de 34 cm y se emplea cuando no es precisa la rotación y la altura de la presentación es baja./ Pues bien, en el presente caso, una vez se inicia el expulsivo a las 9:00 h y al cabo de una hora y media empujando no hay ninguna evolución y la matrona le dice que la cabeza está girada; interviene en dos ocasiones el ginecólogo, que manipula la cabeza fetal, pero sin éxito. De hecho, el descenso del plano II al III tarda en producirse 4 horas (desde las 7:00 a las 11:00), por lo que es más que probable que la elección del tipo de fórceps no fue la adecuada, dado que se necesitaba rotación más tracción./ A mayor abundamiento, la maniobra de alumbramiento y utilización del fórceps fue llevada a cabo por la médica residente (...) y no por un profesional con la experiencia que requiere un parto complejo como el presente. En este punto, es preciso señalar que se falsea la realidad, pues el (Hospital) alega que el empleo del fórceps fue llevado a cabo” por el otro ginecólogo (también Jefe del Servicio), “lo que reiteramos desde este momento no es cierto”. Reseña que “durante el alumbramiento y tras el empleo de fórceps, según se desprende del propio informe, se produjo un desgarró, inicialmente descrito de grado I que requiere sutura. No se describe, ni se mide, ni se sitúa; se indica sutura, pero tampoco sabemos cuántos puntos ni las características de los mismos. La evolución posterior de la paciente nos hace pensar (...) que el desgarró que se produce no es de grado I, sino de grado II. Es evidente que si no se diagnostica bien tampoco se trata correctamente. La estimación de ser desgarró II la realiza la matrona tras el parto” y posteriormente dos ginecólogas que identifica.

Afirma que no cabe descartar que “en los momentos previos al alumbramiento haya existido sufrimiento fetal. Entre los datos del recién nacido hay dos, Apgar al minuto y peso, que aparecen modificados sobre un dato inicial tachado”. En concreto, señala que “parece que el 8 se ha dibujado sobre un 4; solo así se puede entender que haya necesitado reanimación Pip+Peep”. Indica que “el bebé nació a las 12:19 con un peso de 3.875 g, tal y como aparece en el informe; peso que se presume incorrecto pues al día siguiente

volvió a ser pesado y alcanzaba los 4.380 g, lo que viene a corroborar que el bebé pesó por encima de 4 kilos (...). Nació con marcas rojas en la cabeza y cara y con una herida en el lado izquierdo de la cara”.

Explica que requirió una transfusión de sangre en el posparto inmediato debido a la hemorragia padecida, lo que le impidió durante horas “coger al bebé o iniciar lactancia materna”.

Se refiere a continuación al “alta” (que tiene lugar el día 17 de septiembre de 2014) y a las “atenciones posteriores”. Subraya que en la consulta con la matrona el día 24 de septiembre esta anota que la interesada sufre “desgarro documentado grado I, parece más”, y que debe regresar el día 28 de ese mes al hospital por “aumento del sangrado”, diagnosticándose “no existencia de patología gineco-obstétrica en ese momento”, con la recomendación de continuar las revisiones previstas. Indica que fue tras reincorporarse a su trabajo, el 2 de marzo de 2015, cuando “las molestias que ya había acarreado desde el parto se hicieron más intensas”. En el mes de abril consulta en una clínica privada ante la detección de un bulto que se diagnostica como “cistorectoceles leve, normal por el tipo de parto y lo reciente (...), y se le pauta ejercitar la musculatura pélvica”. El diagnóstico se reitera el día 20 de mayo de 2015 cuando acude al Hospital, y motiva la consulta con otras dos profesionales, una en un centro privado (en el que se le recomienda “la corrección quirúrgica”) y otra en el Hospital, En este último centro se le pauta una crema y ejercicios de suelo pélvico, quedando pendiente una cita con rehabilitación “de forma experimental”, al no existir una unidad específica. Señala que en una nueva consulta en un segundo centro privado se le diagnostica un “desgarro total de periné. Prolapso uterino total con cistocele y rectocele”, y se reitera como única solución posible la quirúrgica, por lo que se somete a dicha cirugía en ese centro el día 29 del mismo mes, siendo alta hospitalaria el 3 de julio de 2015, mientras que el alta laboral tuvo lugar el 15 de octubre de 2015.

Considera que la decisión de realizar un parto instrumental determinó “un parto traumático para la madre y para el niño, que nace con marcas en cara y cabeza y una pequeña herida en la mejilla, y que al nacer precisa

reanimación (Pip+Peep)”, y para la madre el sufrimiento de hemorragia y desgarro, y meses después un prolapso genital, “lo que hace suponer que el desgarro era más grave de lo indicado en un principio”. Atribuye tanto la hemorragia como el desgarro a un “empleo inadecuado del fórceps, por la posición del bebé y por la excesiva duración del expulsivo”, y relaciona “la falta de seguimiento y la desatención en el control del suelo pélvico de la paciente” con el prolapso corregido quirúrgicamente, “imposible de recuperar con fisioterapia”.

Solicita una indemnización que asciende, en su totalidad, a veintiocho mil novecientos noventa euros (28.990 €), que desglosa en las siguientes cantidades y conceptos: 10.000 € por el daño moral “producido por la ausencia de consentimiento informado”, que entiende era obligatorio “para la inducción al parto y el empleo de instrumental”; 13.770 € por las lesiones producidas como consecuencia de la desatención posparto (considera como tales el prolapso sufrido); 4.320 € correspondientes a 144 “días de baja, desde el día 25 de mayo al día 15 de octubre”; 400 € por los 4 días de ingreso hospitalario comprendidos entre el 29 de junio y el 3 de julio; 500 € “por intervención quirúrgica, según aplicación del baremo vigente”, establecido en la “Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación”.

Solicita la práctica de prueba testifical, consistente en la toma de declaración del ginecólogo, la médico residente y las dos matronas que la asisten durante el parto.

Adjunta diversa documentación médica relativa al parto y a la posterior asistencia recibida, tanto en el servicio público sanitario como en centros privados, así como el informe emitido por una psicóloga, con fecha 11 de abril de 2016, relativo a “su estado psicológico y la evolución de las dificultades emocionales derivadas del parto”. Incluye también un “informe” (incompleto) “remitido por el (Hospital) explicando la intervención de un profesional con más de 27 años de experiencia en la manipulación de los fórceps”. En él se alude al “documento informativo con valor de consentimiento informado

recogido en la cartilla maternal” y a la “elección del tipo de fórceps, técnica y capacitación del obstetra”.

Mediante oficio de 28 de julio de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En el escrito figura como fecha de registro de salida el 28 de julio, y como fecha de entrada la del día siguiente.

2. El día 16 de septiembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 19 de octubre de 2016, el Responsable del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Servicio de Ginecología del Hospital y una copia de la historia clínica electrónica de la paciente.

En el informe, elaborado el 17 de octubre de 2016, se abordan las distintas imputaciones que efectúa la reclamante. En cuanto a la indicación de inducción y consentimiento informado, expone que “las condiciones cervicales muestran un test de Bishop de 1 (cuello desfavorable), por lo que se inicia la maduración cervical con dinoprostona el día 14 de septiembre, de acuerdo a los protocolos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital (...) y los protocolos de inducción del parto de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) actualizados en el 2013”. Indica que una vez evolucionado el parto “hasta los 3 cm (fase de latencia)” se retira la dinoprostona y “se establece la indicación de perfusión con oxitocina en los siguientes 30´ si precisara, siguiendo los criterios del protocolo del Servicio y de la SEGO./ En el capítulo 8 de la cartilla de embarazo queda recogido el documento informativo con valor de consentimiento informado sobre la asistencia al parto de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

En la cartilla se recoge el documento de la SEGO y el documento consensuado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Dirección de Servicios Sanitarios sobre el consentimiento informado en el parto y procesos relacionados”, en el que la paciente puede leer sobre los “posibles procedimientos a emplear, así como riesgos y complicaciones del parto”, precisando que están indicados “por condicionantes maternos, fetales o de la evolución del parto, como la rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo”, siendo el único fin de cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto el de “preservar el estado de salud de la madre y el feto”. También existe un apartado de la cartilla dedicado a “complicaciones y/o riesgos y fracasos” que motivan la “puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada”. Se menciona entre las intervenciones obstétricas que pueden ser necesarias la de la “extracción vaginal del feto instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto”, reseñando que las mismas pueden implicar, “tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios. Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del personal de medicina, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado”.

En cuanto a la administración de analgesia epidural, se señala que “supera el umbral del dolor para permitir posteriormente la realización de un parto instrumental”. Respecto a la “administración de oxitocina y rotura de membranas”, se advierte que “son procedimientos que se evitan en partos de inicio espontáneo, pero que son precisos cuando se trata de finalizar una gestación con maduración e inducción”; en este caso, la indicación de finalización venía dada por tratarse de una “gestación prolongada”. Aclara que “la no realización de la inducción se asocia a un incremento significativo de la mortalidad fetal”, y se remite de nuevo al “documento informativo con valor de

consentimiento informado sobre la asistencia al parto de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología”.

Por lo que se refiere a la evolución del parto, y en concreto al “parto extenso”, razona que la fase de maduración previa al parto ocupa 14 horas y que a partir de ese momento “comienza el primer periodo del parto, que incluye dos fases: fase de latencia y posteriormente a partir de los 6 cm fase activa de parto. El tiempo de este primer periodo de parto es menor que lo establecido en el protocolo del Servicio y en la Guía de práctica clínica de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social”. Tras reflejar que “el plan de parto está incluido en la cartilla de embarazo y es entregado por la paciente siempre que esta lo desee”, subrayando que “en la historia consta que no aportó plan de parto”, expone que la presentación cefálica, la altura de la presentación III plano y la variedad de posición (occipito ilíaca derecha anterior) son características que corresponden a una exploración normal en el segundo estadio de parto, y destaca que “no consta en la historia manipulación alguna durante la exploración, salvo la comprobación de la progresión de parto durante el pujo. El cambio postural puede facilitar el desprendimiento de la cabeza o su descenso hasta el periné”. Señala que “la maniobra de Kristeller está en desuso” y que el facultativo que asistió al parto “jamás” la practica; de hecho, “no consta en la historia su realización”.

Respecto a la indicación de parto instrumental, indica que con arreglo a la Guía de atención al parto normal anteriormente citada este se encontraba detenido en el segundo periodo y se precisaba ayuda al expulsivo. Afirma que “en este escenario clínico la vía más favorable es la realización de un parto instrumental vs una cesárea potencialmente muy compleja, dada la altura de la presentación y en concordancia con los protocolos asistenciales de las principales sociedades científicas y de la base de datos Cochrane (medicina basada en la evidencia)”. Tras explicar las razones técnicas que avalan el uso de fórceps de Simpson, “la mejor opción para una cabeza fetal moldeada”, destaca que en este caso “la cabeza fetal no precisaba ninguna rotación o esta era mínima (10°)”, añadiendo que es el más inocuo para la paciente, al ser el menos lesivo para el periné.

Precisa que la capacitación del obstetra actuante “está avalada por sus años de experiencia en el Área de Partos y además es autor de numerosos capítulos de libro del parto instrumental y talleres para el desarrollo de habilidades prácticas en el parto instrumental”.

En cuanto al desgarro perineal, explica que su diagnóstico debe realizarse antes de la sutura, y que el “grado I incluye desgarro de vagina y el II al plano muscular (bulbocavernoso) que no se vio afectado. En ningún caso se observó afectación del esfínter interno externo o mucosa vaginal, que corresponden a desgarros III y IV”, siendo esta una revisión sistemática tras el parto, y reitera que el caso de la paciente fue de un “desgarro perineal grado I”. Indica que el profesional actuante “realiza y/o supervisa la técnica de sutura de los desgarros que se produzcan”, y precisa que “lo peligroso hubiera sido” su falta de identificación y de tratamiento, lo que no ocurrió.

Sobre los “criterios de calidad neonatal del recién nacido”, sostiene que el resultado de la prueba de referencia (pH de arteria umbilical) fue “completamente normal”, que “la exploración de Neonatología en ninguno de sus informes muestra ningún tipo de afectación o lesión fetal”, ni que precisara “ningún tipo de reanimación”; al contrario, consta “la existencia de contacto piel con piel de niño y madre durante más de 70 minutos”.

En relación con la hemorragia posparto, explica que existió “una rápida actuación” ante su presentación “que incluyó manejo farmacológico y uso de hemoderivados”.

En cuanto a la asistencia prestada tras el alta, expone que acudió a la revisión habitual con su matrona y a Urgencias por sangrado, ocasión en la que presentaba cifras analíticas “con exploración y ecografía normales”, sin patología ginecológica. Seis meses después se le diagnostica “cistocele grado II, recomendándose ejercicios de suelo pélvico y (...) la cirugía en caso de fracaso”. Concluye que “la prevalencia de alteraciones del suelo pélvico está asociada fundamentalmente al embarazo y al parto vaginal”.

4. Mediante escrito de 2 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación.

5. Figura incorporado al expediente a continuación el informe médico suscrito colegiadamente por tres especialistas en Ginecología y Obstetricia el 8 de enero de 2017 a instancia de la compañía aseguradora. En él afirman, en cuanto a la falta del consentimiento informado "para el parto en general" o para "la inducción o el uso de instrumental", que, aun tratándose de una "cuestión puramente jurídica (...), desde nuestro modesto punto de vista" su aplicación al parto "es discutible, pues pierde su sentido", ya que "es evidente que el parto tiene que ocurrir, sí o sí, y no cabe opción ni elección al mismo. Por mucha información que reciba la gestante esta no se puede `negar´ al parto". Añaden que la conducta del profesional debe atender también a la preservación de la salud fetal, evitando, por ser contraria a la *lex artis*, cualquier actuación que pueda perjudicar al bebé, en base a "preferencias de diversa índole, de la madre". En particular, "no puede considerarse una indicación de cesárea sin que exista un motivo médico para hacerla", y la realización por exclusiva demanda materna constituye una vulneración de la *lex artis*. Justifica la inducción en la edad gestacional de la paciente, cercana al límite cronológico de la gestación; inducción acorde con los protocolos aplicables, incluidos los de la SEGO, y respaldada por una "evidencia científica" máxima. Añade que la decisión del empleo del fórceps responde también a una indicación obstétrica determinada, en situaciones habitualmente urgentes, y que no cabe su rechazo por la paciente, pues equivaldría a aceptar una cesárea electiva, proscrita por los motivos expuestos.

En cuanto a la "valoración de la duración del parto y periodo expulsivo", explican las fases del parto y el "concepto de maduración cervical", afirmando que "la decisión de comenzar la inducción" con la medicación indicada fue correcta; corrección que extienden a los controles de contracciones y de bienestar fetal articulados durante el parto. Señalan que la afirmación de la paciente sobre la reducción de la dosis de la analgesia epidural debido "a la

patología tiroidea que presentaba (...) no consta en ningún documento ni posee base científica alguna". Tras detallar la evolución del parto y concretar la duración aproximada de su fase activa en unas 7-8 horas, explican que en primíparas "el promedio de duración es de 8 horas", por lo que puede afirmarse "con rotundidad que la duración de la fase activa del parto fue rigurosamente normal y se situó dentro del tiempo medio del mismo en primíparas". Igualmente, y con base en los parámetros de la Guía ministerial anteriormente citada, reseñan que también la duración del periodo expulsivo estuvo dentro de la normalidad.

Respecto al uso del fórceps, refieren que en el partograma figura anotado "extenuación y ansiedad materna, siendo por lo tanto una indicación totalmente correcta e incluida en los protocolos al respecto" cuyos requisitos se cumplían en su totalidad.

En cuanto a la ejecución de la maniobra, argumentan que la mínima rotación ("menos de 45° para que la cabeza rote en la dirección indicada") en el momento en que se decide el uso del instrumento permitía el elegido, e insisten en que "el hecho de que la rotación con un fórceps de Simpson no sea una de sus principales cualidades en absoluto quiere decir que no pueda hacerse, y más (...) al tratarse de una rotación tan corta". Rebaten con fundamentos médicos afirmaciones concretas que realiza la reclamante sobre hechos puntuales relativos a la manipulación de la cabeza fetal, la presencia de una médica residente o la calificación del parto como "complejo".

Tras exponer los motivos por los que rechazan la existencia de pérdida de bienestar fetal, que consideran carente de fundamento alguno, se refieren a la laceración producida por el fórceps, que pertenece al tipo de lesiones que este puede producir y que curan sin secuelas, precisando que, dada su localización, pueden "asegurar que la presa realizada fue totalmente correcta", y la relacionan con el tamaño fetal (peso superior a 4 kilos), al determinar mayor presión sobre la cabeza.

Por lo que se refiere al puerperio inmediato, señalan como adecuada la actuación seguida ante la aparición de sangrado, y razonan la calificación del desgarro de acuerdo con una clasificación científica que coincide con la

proporcionada en el momento del diagnóstico, vinculando la anotación de la matrona con la evolución de la cicatrización. Rechazan rotundamente la relación del desgarro con el prolapso posterior, cuyas causas explican detalladamente. Reconocen que el uso de fórceps es un factor de riesgo en su desarrollo, pero, dado que la evidencia científica solo lo relaciona de forma indubitada con la incidencia de lesiones del esfínter anal y del nervio pudendo, que no existieron en este caso, concluyen que no puede afirmarse que tuviera esa incidencia, señalando, además de probables “factores constitucionales”, el propio embarazo y el proceso del parto como desencadenantes de la patología.

En cuanto al tratamiento dispensado, indican que, “revisada la bibliografía al respecto, junto con los datos específicos del caso, es evidente que desde nuestro punto de vista lo indicado de entrada, ante el diagnóstico establecido y dada la edad de la paciente en ese momento, 35-36 años, lo más razonable es comenzar un tratamiento conservador, con ejercicios específicos de fisioterapia de suelo pélvico”, que aunque no corrige los defectos “sí mejora la clínica”, lo que constituye el objetivo primordial del tratamiento. Al efecto enumera los problemas que plantearía “una cirugía de entrada”, que solo procedería ante la falta de mejoría alguna. Por tanto, la opción propuesta por la sanidad pública fue correcta.

6. Mediante escrito notificado a la interesada el 16 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Consta la comparecencia de la perjudicada en las dependencias administrativas el día 21 de ese mes para examinar el expediente, haciéndosele entrega de un CD que contiene una copia del mismo.

7. El día 10 de marzo de 2017 la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones. En él reitera que la maniobra de Kristeller sí se realizó y que fue la médica residente quien manejó el fórceps delante del otro facultativo, e insiste en la práctica de prueba testifical, consistente en la toma

de declaración de los profesionales presentes en el momento del parto y del marido de la paciente.

En cuanto al consentimiento informado, expone que la información existente en la cartilla de embarazo no sustituye a la existencia de un documento específico que, además, figura en la página web del propio hospital. Invoca una sentencia del Tribunal Supremo relativa a un parto por cesárea y a los riesgos inherentes a esa intervención. Considera que la insuficiencia de la información recibida sobre los riesgos propios de la gestación y de los derivados de la utilización del fórceps ha vulnerado su derecho a la información y afirma que el desgarro era de tipo II, “y por ello hubo que intervenir para realizar la reconstrucción total de periné nueve meses después del parto”. Señala que los informes médicos del centro en el que fue intervenida avalan tal calificación.

Respecto al tratamiento conservador prescrito, indica su fracaso porque la evolución posterior fue muy desfavorable (señala sus hitos entre el 15 de abril y el 29 de junio, fecha en la que se somete a la intervención quirúrgica), añadiendo que una de las profesionales que le recomiendan la cirugía no pertenece a la clínica en la que finalmente se opera, y rechaza la utilidad de los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.

Adjunta una fotografía “actual” de su hijo en la que se aprecia una ligera marca en la mejilla que correspondería a la ocasionada por el uso del fórceps.

8. Con fecha 19 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas acuerda denegar la práctica de la prueba testifical solicitada, relativa a la toma de declaración de “cuatro profesionales que le atendieron en el parto”. Argumenta que “el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se caracteriza por su forma escrita”, y que “al estar implicada una Administración pública con personalidad jurídica única la emisión de su voluntad ha de formularse por escrito por elementales razones de eficacia, congruencia y constancia documental”.

Consta su notificación a la interesada con fecha 2 de mayo de 2017.

9. El día 5 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. En lo referente a la falta de consentimiento informado en el parto vaginal, expone que “la jurisprudencia del Tribunal Supremo considera que la información debe ser oral y escalonada a lo largo de los nueve meses de gestación, siendo a todas luces innecesaria la entrega de un documento de consentimiento informado para su firma, ya que se produciría un sinsentido en el supuesto de que la paciente se negase a firmar dicho consentimiento y el médico considerara que no está indicada la vía de finalización del parto que la paciente pretende. Hay que tener en cuenta que el parto es un proceso natural (no un procedimiento invasivo), por lo que el consentimiento informado no tiene ningún sentido, pues la voluntad del paciente no puede alterar el curso de los acontecimientos”; además de contar con la información incluida en la “cartilla de salud maternal” que se entrega a las embarazadas y en la que se informa de “todas las circunstancias que se pueden dar durante el transcurso del parto y los métodos para abordarlas”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de mayo de 2017, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo

18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada interpuesta el día 22 de junio de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 22 de junio de 2016, habiendo tenido lugar el alta tras la cirugía correctora del prolapso genital que relaciona con la asistencia prestada durante el parto el día 3 de julio de 2015, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Observamos también que pese a que la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo

habitualmente, la fecha indicada (28 de julio de 2016) no coincide tampoco con la de entrada en dicho órgano, reflejada en el oficio de remisión suscrito por la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Asimismo, reparamos en que la denegación de la prueba testifical se limita a la solicitada en relación con los profesionales intervinientes, pero obvia que en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia también se proponía la declaración del marido de la afectada, presente durante el parto. Teniendo en cuenta que su testimonio se requiere en relación con cuestiones concretas que resultan controvertidas (la realización o no de la maniobra de Kristeller y la identificación del profesional que maneja el fórceps), su práctica resulta innecesaria, ya que al abordar dichos extremos en la consideración sexta se concluye su irrelevancia para la resolución de la reclamación. Ello no obsta para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, la decisión sobre su falta de admisión deba acordarse mediante resolución motivada, por lo que habrá de subsanarse el defecto incorporando a la resolución final que se adopte el pronunciamiento ahora omitido.

Igualmente, se aprecia que la historia clínica incorporada al expediente no corresponde a la paciente que formula la presente reclamación. Pese a este error, que obliga a recordar la necesidad de adoptar precaución en el manejo de datos de especial protección como los que conciernen a los pacientes, las circunstancias concurrentes en este supuesto nos permiten resolver sobre el fondo del asunto aun no disponiendo de dicha documentación. Sobre este extremo, además de tener en cuenta que la interesada nada opone al respecto en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia (precedido de la vista del expediente y de la obtención de una copia del mismo en soporte digital), concluimos que la documentación por ella aportada, parte de la cual procede de la historia clínica, junto con los informes incorporados a aquel a instancia de la Administración, proporcionan elementos de juicio suficientes para decidir sobre la cuestión planteada.

Por último, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración

Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La reclamante interesa una indemnización por los daños derivados de la asistencia prestada con ocasión de un parto en un centro hospitalario público.

Del examen del expediente resulta acreditado que meses después del alumbramiento la paciente padeció un prolapso genital que fue corregido quirúrgicamente en una clínica privada.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar

este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso que nos ocupa el único informe médico que aporta la interesada en sustento de sus alegaciones es un informe incompleto -cuya fecha y autoría desconocemos- que le habría sido remitido por el Hospital, y aunque no lo cite de forma expresa reproduce parcialmente su contenido a fin de objetar el tipo de fórceps elegido. Por tanto, debe tenerse en cuenta que para el resto de las cuestiones planteadas este Consejo ha de formar su juicio con base en los informes incorporados al expediente por la Administración a lo largo del procedimiento, únicos que ilustran sobre aquellas (sin exclusión de la mencionada controversia sobre la idoneidad del instrumento empleado para la extracción del feto, como se verá).

La reclamante vincula la secuela alegada (cistocele) a la asistencia prestada con ocasión del nacimiento de su hijo y en las revisiones posteriores. En su relato cuestiona prácticamente todas las decisiones médicas adoptadas durante el parto: la inducción, las maniobras empleadas por el personal y su capacitación, el tipo de fórceps empleado y la maniobra de extracción del feto, el diagnóstico del desgarro, la valoración del bebé al nacimiento y el tratamiento de la hemorragia padecida. Relaciona con este cúmulo de deficiencias la patología posteriormente padecida (cistocele), respecto de la cual también critica la falta de oferta de una solución quirúrgica como primera opción; intervención a la que se sometió en un centro privado.

Asimismo, reprocha la ausencia de información sobre las decisiones adoptadas durante el parto (tanto su inducción como la rotura de la bolsa y el uso del fórceps), y reclama la firma de un documento de consentimiento informado previo.

Hemos de referirnos, en primer lugar, a los daños físicos que la paciente atribuye al incorrecto proceder del equipo que la atendió. Como ya hemos señalado, ningún informe médico (al margen del ya citado, y para la cuestión concreta mencionada) sustenta sus afirmaciones, ni se desvirtúan por tanto las manifestaciones vertidas en los incorporados al expediente para cada una de las acciones médicas desplegadas durante la asistencia que se le prestó. Tanto el Servicio afectado, que aborda de forma individualizada cada uno de los reproches, como los especialistas informantes a instancia de la compañía aseguradora se refieren profusamente a las objeciones indicadas por la perjudicada y avalan científicamente las decisiones que fueron adoptándose.

En concreto, se justifica razonadamente tanto la administración de la medicación inductora, como la rotura de la bolsa y la necesidad de recurrir a un instrumento obstétrico específico (el citado fórceps) durante el periodo expulsivo. En cuanto al elegido -fórceps de Simpson-, la afectada formula en términos de hipótesis su falta de idoneidad, al reseñar que “es más que probable que la elección del tipo de fórceps no fue la adecuada, dado que se necesitaba rotación más tracción”. Frente a ello, los informes emitidos no solo razonan la corrección de la decisión, al ser la rotación de la cabeza pendiente mínima, sino que explican que el fórceps utilizado es el menos lesivo para el periné. Ello permite concluir, respecto al desgarro sufrido, que precisamente se había adoptado la opción más prudente. En cuanto a la calificación de dicha lesión, ciertamente existe un informe privado en el que se define como de segundo grado, pero no contiene una justificación técnica del diagnóstico, que sí proporcionan los informes obrantes en el expediente, pues el del Servicio explica que no existió afectación del plano muscular y los especialistas que informan de manera colegiada aportan la clasificación científica en la que se basa su consideración como grado I. En todo caso, en la reclamación no se solicita cuantía alguna por el daño consistente en el desgarro cuya relación con el posterior prolapso genital, que alega la afectada, rechazan también los especialistas. Estos explican que su factor determinante es el parto vaginal, junto con el propio embarazo, factores predisponentes de tipo constitucional y factores agravantes, como todos aquellas situaciones que condicionan un

incremento crónico de la presión abdominal (no puede dejar de advertirse que en la anotación del curso clínico de 12 de junio de 2015 consta que la paciente “trabaja realizando esfuerzos y cogiendo pesos”; de hecho, ella misma relata que la patología surge al reincorporarse a su actividad laboral). Razonan que, aun siendo el uso del fórceps un factor de riesgo adicional, en este caso la ausencia de lesiones específicas asociadas permite descartar aquel como mecanismo causante de la lesión.

Las partes discrepan sobre la realización de la maniobra de Kristeller y sobre qué profesional fue el autor material del empleo del fórceps, pero ninguna de estas cuestiones se relaciona con el desgarro, ni con el prolapso. La reclamante no observa impericia en la utilización del fórceps, pues, aunque parece vincular su empleo con las dolencias, no cuestiona la corrección en su manejo. Por otra parte, tal y como acreditan los informes obrantes en el expediente, la residente está habilitada para realizar la extracción del feto y contaba con la supervisión del facultativo titular.

Finalmente, y en cuanto a la disparidad de criterios entre la sanidad pública y la sanidad privada sobre el abordaje (conservador o quirúrgico) del prolapso, en la mencionada anotación del día 12 de junio de 2015 consta que una ginecóloga “explica situación a la paciente, FR de prolapso y por edad, recomendando comenzar con rehabilitación y seguir valorando, dejando como última alternativa la cirugía”. Los especialistas avalan esta indicación, frente a la cual la interesada únicamente opone que el tratamiento conservador prescrito no supuso mejora alguna, pero lo cierto es que el periodo de evolución que tiene en cuenta es, en apariencia, breve (la primera consulta por este motivo tiene lugar el 20 de mayo de 2015 y la intervención el día 29 de junio, sin que se conozcan los resultados de la misma). Por tanto, no cabe interpretar que la opción quirúrgica elegida por la paciente, aun siendo legítima, constituya un daño en sí misma, tal y como articula en su pretensión (ha de tenerse en cuenta que no solicita el resarcimiento de los gastos derivados de su realización en un centro privado, sino el asociado a la consideración de la intervención y de los días de ingreso como un perjuicio específico).

Por lo que se refiere a la necesidad de prestar consentimiento informado por escrito, la interesada se limita a argumentar la disponibilidad del documento en la web del hospital. Con independencia de ello, hemos tenido ocasión de señalar recientemente sobre este extremo (Dictamen Núm. 141/2017) que determinadas complicaciones del parto, como las producidas en este caso y contempladas en la cartilla de salud maternal -que menciona los “trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación”, los “desgarros del canal del parto” y las “dificultades en la extracción del feto”- constituyen “complicaciones derivadas del alumbramiento en cuanto hecho biológico y propias de la naturaleza del mismo que pueden producirse (y por eso se enuncian como tales) al margen de la asistencia sanitaria prestada, y que pueden implicar, además, la existencia de riesgos específicos propios de las actuaciones médicas que cada caso requiera o se demande (por ejemplo, la realización de una cesárea o el uso de analgesia epidural)”. También añadíamos, en consideraciones que resultan de plena aplicación al supuesto que nos ocupa, que “la misma cartilla reseña expresamente que ‘el parto no precisa de un consentimiento informado’ (...), ni presenta tal aspiración, lo que no impide reconocer su innegable función informadora al proporcionar conocimiento sobre la dinámica del parto y las posibles actuaciones médicas que su desarrollo puede implicar. Esta función es coherente con la falta de obligatoriedad de la suscripción del documento de consentimiento informado derivada de la propia naturaleza del parto en cuanto hecho biológico de producción inevitable al término de un embarazo, que no constituye una actuación médica de las establecidas en el artículo 8.2 de 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, en las que resulta exigible el consentimiento informado escrito -intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente-. Tal es el criterio del Tribunal Supremo, que establece que ‘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 esta la circunstancia que aquí aconteció' (Sentencia de 2 de julio de 2010 - ECLI:ES:TS:2010:4119-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª)".

En definitiva, no resulta acreditado que en el proceso asistencial relacionado con el parto de la reclamante se haya incurrido en infracción de la *lex artis*, ni que se haya omitido información sobre la intervención obstétrica realizada. Sí queda probado que las dolencias surgidas durante su desarrollo y tras el mismo están relacionadas con el propio alumbramiento y con el embarazo.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. I., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

ILMA. SRA. ALCALDESA DEL AYUNTAMIENTO DE AVILÉS.