



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 7 9 / 2 0 1 7

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 237/2017 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 23 de octubre de 2015 por (...) y (...), en el que reclama daños y perjuicios como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del SCS, con el resultado del fallecimiento de una de sus hijas recién nacida.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (160.000 euros) determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, ya superado; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

II

1. Los reclamantes fundan su reclamación en el siguiente relato fáctico:

La madre, primigesta de 36 años con gestación gemelar conseguida por TRA, ingresa a las 15:37 horas del día 23 de marzo de 2015 en el Hospital Materno Infantil (CHUIMI) por dinámica uterina.

Según indicaciones apuntadas en resumen de paritorio, a las 23:05 horas de ese mismo día pasa a paritorio; a las 23:25 horas se practica aminorrexis artificial, a las 23:34 horas acude la anesthesióloga para colocar analgesia epidural tras firmar consentimiento informado, a la 1:29 del día 24 se pauta la inducción con oxitócicos, habiendo transcurrido la dilatación sin incidencias hasta las 8:02 horas del 24 de marzo, momento en el que se alcanza la dilatación completa, la cabeza del feto se encuentra en posición occipito posterior en II plano de Hodge, no fluye líquido, se realiza prueba de pujo no siendo efectiva, se procede a sondaje vesical y se decide nueva valoración en una hora. A las 9:31 horas se explora a la paciente, asintomática, afebril, RCTG de ambos fetos tranquilizador, dinámica irregular, dilatación completa, la cabeza del feto se encuentra en posición occipito posterior en II plano de Hodge,

no fluye líquido, se realiza prueba de pujo no siendo efectiva, se planea continuar con aumento de perfusión de oxitocina hasta conseguir dinámica adecuada y disminuir perfusión de epidural. La siguiente anotación de relevancia es de las 11:30 horas de ese mismo día, donde consta parto gemelar 1 fórceps 2 nalgas gran extracción, extracción de la cabeza con mucha dificultad desgarro de IV grado.

Se aplica fórceps bajo «sin rotación» para abreviar expulsivo para el primer gemelo y «versión gran extracción/fórceps de cabeza última» y episiotomía medio lateral, para el segundo gemelo.

Las recomendaciones del protocolo de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) indican que se evitará la práctica rutinaria de: Enema evacuador de limpieza. Rotura de membranas amnióticas (amniotomía). Sondaje vesical. Rasurado perineal. Analgesia-anestesia. Episiotomía, pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

Teniendo en cuenta las anteriores recomendaciones de evitar de forma rutinaria ciertas prácticas, que en este caso concreto se practicaron casi en su totalidad, y aun presuponiendo que estaban indicadas, llama la atención que, siendo factores de riesgo, en el resumen de paritorio no aparecen descritas en las observaciones de curso clínico de la historia clínica; es destacable la ausencia de consentimiento informado a la paciente, la ausencia de notas sobre condicionantes maternos o fetales o de la evolución del parto que las indicaran, y en concreto, las referidas a una aminorrexia artificial planeada antes de pasar a paritorio o la administración a la mujer, de oxitócicos.

Tampoco constan datos, valoraciones o informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de la paciente, o indicación obstétrica practicada desde las 9:31 hasta las 11:30, ni desde esa hora hasta el momento de ambos expulsivos (11:33, 11:39). De manera que, siendo un parto instrumentado, no aparece descrita en las observaciones de curso clínico, la técnica aplicada, ni las maniobras realizadas para la extracción instrumental del feto, ni que se siguieron las recomendaciones de parto instrumental del protocolo de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), ni que fuera correctamente ejecutada en lo referente a presentación de ramas, introducción y aplicación.

A lo que hay que añadir que no se recabó consentimiento informado previo al parto, en el que se le expresara a la paciente que era posible que en el curso del

parto hubiera de utilizarse fórceps para la extracción del feto, con los riesgos que se concretaron.

- A las 11:33 horas del día 24 de marzo de 2015 nace su primera hija, con resultado en Test Apgar de 9, al minuto, y de 10, a los cinco minutos, aunque no constan evaluados de forma independiente los cinco parámetros fisioanatómicos (tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de la piel) que permitan la conclusión de esos totales; resto de anotaciones, en su mayoría, ilegibles.

En periodo neonatal inmediato, la recién nacida es atendida en la Unidad de Transición sin que se aprecie sintomatología, a excepción de leve palidez, lesión incisa de marca de fórceps en región parietal derecha con restos hemáticos, hemorragia conjuntival en ojo izquierdo, leve polipnea superficial intermitente y sin tiraje. Se realiza hemograma y PCR para despistaje de infección con resultados normales.

A las 14 horas de vida, la niña es valorada por presentar hipotonía con palidez generalizada, cianosis peribucal, respiración entrecortada y disminución SatO₂. Se aplica ventilación con presión positiva y se traslada a UCIN en incubadora, donde manifiesta hipertonía generalizada con rotación interna de miembros superiores y retroversión ocular, solicitándose TAC con los siguientes hallazgos: fractura de hueso parietal izquierdo, hematoma en vermis cerebeloso (lado izquierdo) de unos 12 cc y aproximadamente 19x32x28 mm en los ejes craneocaudal transversal y anteroposterior, compatible con hematoma agudo y hematoma en partes blandas en convexidad izquierda, evolucionando de forma desfavorable falleciendo a las 23:20 horas del día 26 de marzo de 2015.

El trauma obstétrico padecido se pretendió justificar con un posible diagnóstico de hemorragia intracraneal asociada al déficit de factor XIII (trombofilia) dando negativo en la prueba realizada al otro gemelo y descartada en el estudio necrópsico, que concluye: recién nacido de sexo femenino y 2650 gr. de peso, sin malformaciones macroscópicas que presenta fractura parietal izquierda, hematoma subaracnoideo en aérea parieto-temporal izquierda con extensión en fosa posterior y a meninges de la médula espinal, signos macroscópicos de enclavamiento en tronco cerebral, hidrocefalia bilateral intensa, atelectasias pulmonar y aspiración del líquido amniótico.

- A las 11:39 nace su segundo hijo, con resultado total en Test Apgar 4/7, en este caso si consta evaluación independiente de los cinco parámetros fisioanatómicos para dicho examen.

Además, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada, la madre sufrió desgarro de IV grado que afectó a unos 5 cm de la mucosa anal, que fue reparado, asintomática por el momento. Se desconocen posibles secuelas o perjuicio estético.

- Entienden que necesariamente se ha de concluir la relación que existe entre los hechos descritos y la reclamación económica a la Administración que se plantea a medio del presente y que no es otra que la inadecuada asistencia sanitaria prestada, en principio, por el Servicio médico de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil, que en definitiva determinó el fallecimiento de la recién nacida y secuelas físicas y psicológicas en la madre.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, con base en la documentación médica obrante en el expediente constituido por el historial de la recién nacida fallecida, su hermano y la interesada y por los informes emitidos por los servicios que participaron en la atención sanitaria prestada concluye:

«- La atención prestada a la reclamante se ajustó a los protocolos establecidos.

- El parto instrumental, en este caso con fórceps, se trata de una actitud inminente ante un evento determinado de forma inesperada, con fin asistencial.

- El fórceps estaba indicado. Las condiciones en que se practicó fueron adecuadas. La técnica empleada se ajusta a criterios de práctica correcta. No consta incidencia o dificultad alguna en su ejecución.

- La aplicación de fórceps puede ocasionar trauma obstétrico consistente en fractura craneal. Si bien es cierto que la fractura de cráneo se puede producir en partos sin instrumentación (ventosa, fórceps, espátulas) y en cesáreas así como por compresiones ejercidas en el canal del parto durante las contracciones fisiológicas, sin excluir la eventual compresión ejercida por el otro gemelo en embarazos múltiples.

- Con independencia de la causa, en este caso por el tipo de fractura parietal, de rasgo lineal, esto es, sin hundimientos, sin fragmentos, sin desplazamientos, el pronóstico era favorable.

- El déficit congénito de factor XIII de coagulación (enfermedad autosómica recesiva) comprobado en determinación analítica practicada a la primera RN, se caracteriza por la presentación clínica de hemorragias graves que pueden ocurrir en sistema nervioso central, tanto de forma espontánea como ante traumatismos mínimos. Ello permite concluir que este

es el factor principal en los hechos ocurridos y en el resultado final: Muerte neonatal por hemorragia intracraneal asociada a déficit de factor XIII».

3. Conferido trámite de audiencia, el interesado presenta escrito de alegaciones, indicando que no hubo consentimiento informado necesario para la realización de la inducción al parto, instrumentado por fórceps; manifiesta que se aprecian contradicciones en las anotaciones de paritorio y lo señalado en el informe del SIP solicitando que se retrotraigan las actuaciones y se practiquen los medios de prueba documental, pericial médica y testifical.

4. Ante tales alegaciones, eminentemente formales y en las que se reitera la práctica de determinadas pruebas, la Propuesta de Resolución se remite al acuerdo probatorio en el que se rechaza, por innecesaria, la testifical propuesta, toda vez que los términos de la participación en el parto gemelar de los distintos testigos (médicos, enfermera y matrón) respecto de los cuales se solicita declaración, se encuentra recogida en la historia clínica de la madre, historia que obra en el expediente y ha sido incorporada como prueba documental. En relación a la prueba propuesta consistente en que se adjunte al expediente copia del protocolo SEGO, también se rechaza por innecesaria, ya que en el informe de fecha de 24 de enero de 2017, emitido por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, se adjuntan al mismo los protocolos de asistencia al parto vaginal en feto único y asistencia al parto gemelar del Hospital Materno Infantil, los cuales están en concordancia con las recomendaciones de la SEGO.

Según reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, recurrentemente citada por este Consejo (ver por todos, DCC 61/2017) la indefensión es un concepto material, que no surge de la mera omisión de un trámite del procedimiento, sino que de esa omisión resulte para el interesado una indefensión real y efectiva, es decir, una limitación de los medios de alegación, prueba y, en suma, de defensa de los propios derechos e intereses. Por esta razón, para establecer si la omisión de un trámite ha producido indefensión, hay que atender al posible influjo que hubiera podido tener en el acto resolutorio, esto es, si hubiese o no variado de haberse cumplimentado dicho trámite (Véanse entre otras muchas, las Sentencias de 5 junio de 2001, de 18 marzo de 2002, de 15 julio de 2002, de 11 noviembre de 2003 y de 7 junio de 2004).

En este procedimiento los interesados propusieron en su escrito de reclamación la práctica de una serie de pruebas: testifical, documental y pericial. En cuanto a la testifical (del personal que prestó la asistencia a la madre en el parto), tal prueba

fue rechazada toda vez que los términos de la participación en el parto gemelar de los distintos testigos (médicos, enfermera y matrón) se encuentran recogidas en la historia clínica de la madre, historia que obra en el expediente y ha sido incorporada como prueba documental.

Las pruebas documentales fueron rechazadas porque, de una u otra manera, ya estaban incorporadas al expediente, mientras que la pericial ya existe a través del informe del SIP. Nada impide que los interesados aporten pericial de parte, cosa que no han realizado.

El resto de cuestiones son cumplidamente respondidas en los Fundamentos de Derecho, incluido el recurso de reposición interpuesto, que es rechazado por ser un mero acto de trámite conforme al art. 107.1 LRJAP-PAC, pero considerado como alegación de acuerdo al mismo precepto, inciso final.

Por todo ello, en opinión de este Consejo, siguiendo la jurisprudencia citada, no se ha infringido la normativa de aplicación y, por ende, no se producido indefensión a los interesados, por lo que no hay impedimento para emitir un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión del reclamante al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Admisnitracion Pública.

Se basa fundamentalmente en que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante se ajustó a los protocolos establecidos, de acuerdo con la *lex artis*, estando indicado el uso de fórceps, que se practicó en condiciones y técnica adecuadas, siendo, con independencia de la causa de la fractura parietal presente en la recién nacida, el déficit congénito de factor XIII de coagulación (caracterizado por la presentación de hemorragias graves que pueden ocurrir en el sistema nervioso central, tanto de forma espontánea como ante traumatismos mínimos), el factor principal y desencadenante de los hechos ocurridos y del resultado final de fallecimiento de la menor, figurando la historia clínica de la reclamante: muerte neonatal por hemorragia intracraneal asociada a déficit de factor XIII.

2. Este Consejo no puede sino coincidir con la Propuesta de Resolución. En efecto, como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por

los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que el fallecimiento de la recién nacida fue causado por la inadecuada asistencia sanitaria prestada por el servicio médicos de ginecología y obstetricia del CHUIMI, produciendo además secuelas físicas y psicológicas en la madre. Sin la prueba de estos extremos de hecho, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por la facultativa del SCS y el éxito de la recién nacida. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

Los reclamantes no han aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención prestada a la reclamante se ajustó a los protocolos establecidos y que la muerte de la niña se debió a hemorragia intracraneal asociada a déficit de factor XIII (enfermedad autosómica recesiva).

3. En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)

Conforme a tal jurisprudencia el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y

que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

4. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 y 29 de junio de 1990, expresaron: "que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada "lex artis ad hoc", es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional", y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por "lex artis ad hoc", como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal "lex" implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc": tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes

vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991)» STS de 26 marzo de 2004.

5. En el presente caso, ningún indicio existe en el expediente sobre la infracción de la *lex artis ad hoc* por parte de los facultativos que atendieron a la madre durante el alumbramiento:

- Que no haya soporte documental en la historia clínica de la afirmación contenida en el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI de que a las 10:45 se iniciaron pujos dirigidos con feto en tercer plano de Hodge es irrelevante a esos efectos. Es obvio que entre las 9:30 y las 11:30 horas del día 24 de marzo de 2015 se decide abreviar expulsivo con la utilización de fórceps (folio 169) que se salda con parto gemelar de gran dificultad tal como se describe por el matrn en el folio 80, descripción que se reitera en folios 282 y 312.

- Tampoco supone una infracción de la *lex artis* la ausencia de consentimiento informado. Como expone la Propuesta de Resolución, el empleo de fórceps no es una intervención médica en sí misma, como lo es una cesárea, en cuanto ésta supone un acto quirúrgico de extracción del feto alternativo al parto vaginal. La necesidad de auxiliar a una parturienta en la fase de expulsión del feto en un parto vaginal, esto es, en el curso final de su desarrollo, con un determinado instrumental - ventosas o fórceps- forma parte de la actuación o intervención asistencial elegida y responde a una situación de emergencia obstétrica, cuya decisión solo está en condiciones de adoptar el facultativo que asiste al parto.

En efecto, como ya dijimos en el DCCC 22/2017, los arts. 4, 8 y 10 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 exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de 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. Pero no se está ante un tratamiento quirúrgico sino ante la asistencia obstétrica a un proceso natural como es el parto.

En este caso, la reclamante, cuya gestación fue obtenida mediante técnicas de reproducción asistida, acude a Urgencias por su propia voluntad el 23.03.15 a las 12:41 horas al CHUIMI por dinámica uterina irregular, quedando ingresada.

En principio, los facultativos indujeron el parto por vía natural. Pero debido a que pasadas más de 20 horas, y tras 35 minutos de realizar pujos dirigidos con feto en tercer plano de Hodge y presentación OIDA (Occipito ilíaca derecha anterior) sin conseguir inducir al parto, se indica aplicar fórceps para abreviar el prolongado período expulsivo, lo que podría comprometer el estado de ambos fetos y de la embarazada, no existiendo, por tanto, obligación de informar sobre la necesidad de aplicar fórceps y sus riesgos iatrogénicos ni, por ende, de obtener el consentimiento de la gestante.

- En cuanto al déficit de factor XIII de la coagulación, consta en el folio 144 el resultado de hemostasia especial, factores de coagulación, FXIII 23%, siendo normal por encima de 64%, suscrito por el Servicio de Hematología y Hemoterapia.

- Con respecto a los desgarros de IV grado que sufrió en el parto la reclamante, la literatura científica sobre el tema refiere que es una consecuencia que puede suceder por varias razones: primer parto vaginal, posición del bebé, pujas con demasiada fuerza o antes de tiempo, utilización de fórceps o ventosa o cabeza muy grande.

De lo anterior se deduce que tampoco es posible determinar la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el desgarro sufrido por la interesada (por la que recibió asistencia y sanó por completo), lo que excluye la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

- Por último, de los informes del servicio que prestó la asistencia y del SIP se desprende con claridad que la causa de la muerte de la recién nacida fue hemorragia intracraneal asociada a déficit de factor XIII y que la fractura parietal, de rasgo lineal, esto es, sin hundimientos, sin fragmentos, sin desplazamientos, no necesariamente desencadenó la hemorragia, ya que se pueden producir tanto de forma espontánea como ante traumatismos mínimos.

En definitiva, está acreditado en el expediente que la atención prestada a la reclamante en el parto fue correcta y se ajustó a los protocolos establecidos, ya que la utilización de fórceps estaba justificado por causas médicas y se practicó adecuadamente, siendo la causa de la muerte de la recién nacida una hemorragia intracraneal asociada a déficit de factor XIII, enfermedad congénita que padecía, por lo que hay que descartar la existencia de relación de causalidad entre tan lamentable desenlace y la prestación sanitaria que recibida durante el parto.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión del reclamante, es conforme a Derecho.