Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 7 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de julio de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 365/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 21 de julio de 2023 a instancias de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización por importe de 274.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 21 de julio de 2023 respecto de un daño (el parto) que tuvo lugar el día 4 de agosto de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el momento del parto.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- Que el día 2 de agosto 2022 ingresé sobre las 9:00 h en el Hospital Materno Infantil, puesto que me encontraba de parto. Después de la primera exploración, me insertaron la CINTA para madurar el cuello del útero a las 10:00 h, pudiendo moverme libremente y utilizar la pelota durante la espera. Durante todo el día se realizaron varias exploraciones.

SEGUNDO.- Que sobre las 22:00 horas, al romperse parcialmente la bolsa me pasaron a paritorio, y desde ese momento se realizaron EXPLORACIONES y TACTOS CONTINUOS Y FRECUENTES por parte de diferentes personas, sin que se me informara previamente que la gran mayoría eran residentes que acompañaban a los médicos y que podía haberme negado a que los mismos intervinieran o estuvieran presentes en la habitación.

TERCERO.- Que en el paritorio, el matrón de turno procedió a romper la bolsa manualmente y empezaron a administrarme OXITOCINA. Desde ese momento NO ME INFORMARON que podía seguir utilizando la pelota en el paritorio, estando mucho tiempo de pié para aguantar el dolor SIN tener libertad de movimiento ya que me habían colocado una sonda, cuyo cable era muy corto y no podía alejarme de la cama, habiendo además colocado una sabana en el suelo para que no se ensuciara el mismo.

CUARTO.- Que sobre la 01:00 am del día 3 de agosto mi acompañante notaba que tenía un cordón sobresaliendo y preguntábamos al respecto, y nos contestaron que podría haber sido la cinta pero que eso no podía ser, ya que debería de haberse retirado anteriormente. Sin embargo, debido a su insistencia para que lo comprobaran, se dieron cuenta que la CINTA NO SE HABÍA RETIRADO.

Que durante toda la estancia en el paritorio NO me permitieron la ingestión de alimentos, aunque comentara que me encontraba sin fuerzas, DEBIDO A MI INSISTENCIA finalmente me dieron un potito de manzana.

Que siendo el dolor muy fuerte, solicité la epidural, SIN que me informaran sobre los riesgos y los beneficios, mientras estaba totalmente inmovilizada por el matron, INTENTARON COLOCARLO TRES VECES, pinchando una vena y un hueso en dos ocasiones. Que percatándome en ese momento que quien lo estaba colocando era un residente (sin haber

dado mi consentimiento a ello), y tras mi oportuna queja para que dejara de seguir intentándolo, fue la médico titular la que procedió a colocar correctamente el catéter de epidural.

QUINTO.- Que en dos ocasiones la ginecóloga de turno que me exploró acompañada por un residente me quería practicar SONDAJE DE LA VEJIGA, comentando que era conveniente realizarlo, sospechando que la razón era para que practicara el residente, negándome rotundamente a ello por dos veces, a pesar de su insistencia y que no aducía razones algunas para que no me lo pusiera, ya que podía miccionar espontáneamente y sin dificultad.

SEXTO.- Que en el el paritorio tuve fiebre en dos ocasiones y empezaron a suministrarme antibióticos y a ponerme paños mojados para bajarla, desconociendo si tuve infecciones o no puesto que, NO ME INFORMARON de ello tampoco. En cualquier caso, NO hubo abolición completa del dolor en la parte izquierda del cuerpo, no me permitiéndome adoptar una postura más cómoda a pesar de mis quejas.

Más tarde me suministraron otro analgésico que desconozco y que me provocó casi un desmayo y vómitos en dos ocasiones, llegándoseme a dormir las piernas y procediendo a realizar el sondaje en ese instante.

SÉPTIMO.- Que pedí en varias ocasiones que se practicara la cesárea ya que seguía sin dilatar a lo largo del día 3 de agosto hasta que me comentaron que a las 23.00 si seguía dilatada solo de 2 cm habría que esperar 6 horas más para practicarla.

Que después de varias exploraciones más, al estar dilatada 8 cm, el ginecólogo de turno sobre la medianoche me dijo que había que parir ya, entrando en la habitación muchas personas y preguntándome el médico si podía asistir al parto una residente. A continuación, me indicó que tenía que empujar dos veces y que después iba a utilizar el fórceps "para bajar un poco el niño", desconociendo si era necesaria esa practica invasiva y sin informarme previamente de los riesgos de lesiones, para después volver a empujar para que saliera.

Que se me practicó una EPISOTOMÍA SIN INFORMARME PREVIAMENTE.

OCTAVO.- Que como consecuencia de todo lo anterior, se me ocasionaron diversas lesiones y complicaciones tales como:

-Prolapso de vejiga,

- Bajada de la uretra,

- Estreñimiento,

- Daño a la pared derecha de la vagina.

- Debilidad en los músculos del suelo pélvico.

- Aumento del diámetro vaginal

- Aparición de un bulto de tejido en la vagina que puedo sentir

- Dolor al practicar relaciones sexuales vaginales con penetración.

- Sensación de no haber vaciado completamente la vejiga despúes de orinar y sensación de una necesidad frecuente de orinar

- Aumento de presión pélvica cuando me esfuerzo, toso, me agacho o me levanto

- Incontinencia de gases

- No puedo practicar deportes de impacto que impliquen saltar, correr, etc (...)

Actualmente estoy a la espera de ser llamada por la unidad de suelo pélvico del Hospital Negrin para la rehabilitación y ser contactada por el ginecólogo de la Seguridad Social para valorar el alcance de los daños y posibles tratamientos para revertirlos, en su caso.

Por otro lado, provocaron el desplazamiento de la clavícula a mi hijo durante el parto, hecho del que no me informaron hasta que la mañana siguiente, cuando pedí a la pediatra de mi compañera de habitación que revisara al niño ya que no levantaba un brazo.

NOVENO.- Que expuesto todo lo anterior y dado que aún no se puede determinar el alcance de las lesiones y, en consecuencia, el alcance del daño producido, es por lo que no se puede cuantificar económicamente aún el daño a fecha de la presente reclamación, si bien, el mismo sí es cuantificable económicamente cuando se logre la estabilizaciones de las lesiones».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de fecha 29 de agosto de 2023, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

« (...) Paciente de 41 años en el momento de la atención. Antecedentes familiares y personales sin interés. Primigesta. Embarazo de curso normal de control privado.

El día 27 de julio de 2022 se realiza valoración al ingreso y se programa inducción del parto por nulíparidad y edad materna para el 2 de agosto de 2022 previa maduración cervical. Se explican signos de alarma para acudir antes de esa fecha al servicio de urgencias.

El día 2/8/2022 a las 9:00 horas ingresa en la Unidad de Fisiopatología Fetal. Se revisa la historia clínica, el grupo, la serología y el exudado vagino-rectal, que era negativo. La matrona de la unidad coloca cinta de protaglandinas vaginal a las 10:15 horas y queda en la Unidad realizándose un test no estresante (TNE). Posteriormente ingresa en planta, con indicación de vigilancia clínica y retirar cinta a las 22:15 si antes no se producen incidencias. A las 21:15 horas avisa a la enfermera de planta por expulsión de tapón mucoso. Es explorada por la matrona de planta que diagnostica la amniorrexis, constatando en la historia que fluye líquido amniótico claro, y deriva al Servicio de Urgencias-sala de expectantes.

A las 21:52 horas la paciente ingresa en Paritorio a cargo del matrón responsable quien, tras explicarle verbalmente el procedimiento de inducción y obtener su consentimiento verbal, según consta en las notas clínicas, procede a colocar captor externo de frecuencia cardiaca fetal y catéter de presión intrauterina. A las 21:54 acude a paritorio la médico residente de 4º año para revisar la historia y prescribir la antibioterapia profiláctica para la inducción. La paciente no deseaba analgesia epidural. A las 23:59 se indica iniciar perfusión de oxitocina según protocolo para mejorar la dinámica uterina y hacer progresar la inducción.

A la 1:15 del día 3/8/22 acude el anestesista de guardia para colocar catéter epidural. Según se recoge en las notas clínicas literalmente "Avisan para realización de técnica epidural para analgesia del parto. Se revisan Historia Clínica y analíticas de la paciente. Se explica consentimiento informado verbal y escrito; la paciente manifiesta entender la indicación y complicaciones de la técnica, las cuales acepta". Se coloca sin incidencias y se comprueba analgesia adecuada inicial, siendo preciso administrar bolos de refuerzo pautados a las 4:25 horas.

A las 5:45 horas acude el equipo de guardia al paritorio por cambios en el registro cardiotocográfico (RCTG). Se realiza tacto vaginal y se indican cambios posturales. Se mantiene seguimiento con monitorización contínua hasta las 7:01 en que se reexplora y se indica realizar estudio ácido-base fetal por RCTG no tranquilizador, con resultado normal (pH 7,21, PCO2 67, EB-1,8). A las 7:57 horas, ante la persistencia del registro no tranquilizador se indica amnioinfusión, que se inicia sin problemas.

A las 9:00 horas se produce cambio de guardia.

La paciente realiza varias micciones espontaneas durante la dilatación.

A las 11:50 se diagnostica de fiebre intraparto, iniciando manejo según protocolo con antibióticos, antitérmicos y medios físicos. A las 12:35 es explorada por primera vez por el nuevo equipo de guardia, no habiendo iniciado aún el trabajo de parto. RCTG con algunas desaceleraciones, que mejora al realizar cambios posturales y administrar medicación para mejorar la tensión arterial y disminuir la dinámica. A las 4 horas del diagnóstico de fiebre intraparto se reexplora encontrando exploración similar a la previa con pH normal, continuando la inducción. A las 22:05 presenta un único episodio de vómitos.

A las 23:59 se reexplora y se diagnostica dilatación completa, con feto en III plano. Se repite pH que es de 7,09 (metabólico 7,22), por lo que se indica iniciar expulsivo activo, seguido de un fórceps por riesgo de pérdida de bienestar fetal, que solo se emplea para descender el feto, que finalmente es expulsado con pujo materno, estando en buen estado, con dos circulares de cordón laxas. No se realiza episiotomía. Alumbramiento dirigido. Se evidencia desgarro de I grado de 5 mm en canal del parto (introito), que se sutura.

El puerperio cursa con normalidad, siendo valorada el 4/8/23 por la matrona de planta, siendo dada de alta en buen estado».

El informe establece las siguientes conclusiones:

«Cuando la paciente ingresó no estaba en trabajo de parto. La finalidad del ingreso era iniciar la inducción del parto previa maduración cervical. Para ello fue explorada en dos ocasiones, cuando fue clínicamente necesario.

Desde su ingreso en paritorio solo se realizaron 4 exploraciones clínicamente justificadas, accediendo los médicos residentes a la sala cuando fue necesario, siempre tutorizados por un médico adjunto.

La paciente ingresó en paritorio con la bolsa rota. Se inició la inducción una vez que ella otorgó su consentimiento verbal y para ello se colocó un catéter de presión intraamniótica. Se mantuvo de pie para control de dolor por voluntad propia pudiendo haber solicitado la analgesia epidural que se le había ofrecido y la pelota para manejo alternativo del dolor si hubiese querido, ya que la tenía dentro de la sala.

Si la cinta se quedó en la vagina, este hecho no tuvo ninguna repercusión clínica, aunque no hay ningún registro en la historia sobre ello. La ingesta de comida está desaconsejada en el parto para prevenir el síndrome de broncoaspiración, según las guías clínicas nacionales y el protocolo del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Se recomienda ofrecer pequeñas cantidades de líquido a las pacientes con parto prolongado que lo demanden. Por esta razón no se permitió la ingesta de alimentos que solicitaba la paciente, a la que se le puso sueroterapia de mantenimiento. Fue informada verbalmente y por escrito sobre la anestesia epidural, firmando dos consentimientos informados. En un Complejo Hospitalario docente como es el nuestro, acreditado para la formación de residentes acorde a los planes oficiales de la especialidad, los médicos residentes deben ejecutar bajo supervisión los actos clínicos para los que estén capacitados por su año de residencia.

Los dos sondajes estaban indicados y no tuvieron una finalidad docente sino que buscaban un beneficio clínico para la paciente y la evolución de la dilatación.

La paciente fue diagnosticada de fiebre intraparto de forma diligente y se inició el tratamiento con premura, evitando que se desarrollara corioamnionitis. Aunque no consta en la historia, cuesta creer que no le informaran de la situación antes de empezar a ponerle medios físicos y tratamiento adicional, ya que es la forma habitual de trabajar en Paritorio. En cuanto a la evolución de la analgesia, los síntomas de la paciente son esperables en su situación, están recogidos en el consentimiento informado y se puso tratamiento para ellos siguiendo las pautas del Servicio de Anestesia.

No hay constancia en la historia de que la paciente solicitara una cesárea tras haber dado su consentimiento a la inducción del parto. La atención al expulsivo se hizo conforme a

indicaciones clínicas, con un manejo conservador. Se indicó iniciar pujos por tener una prueba de bienestar fetal que lo hacía necesario y se rotó la presentación con un fórceps reglado para acortar el periodo expulsivo, extrayendo las ramas para que finalmente se produjera un parto eutócico. No se realizó episiotomía. Tras revisar el canal del parto se apreció un desgarro de 5 mm en introito que solo afectaba a la parte superficial de la mucosa. El recién nacido estaba en buen estado y pudo subir a planta con su madre.

Los síntomas referidos por la paciente y que afectan a su calidad de vida deben ser estudiados y tratados. Su causalidad puede estar asociada no solo a las maniobras del expulsivo sino al mismo proceso de embarazo, inducción y dilatación y podrían haber estado presentes incluso aunque hubiese tenido un parto mediante cesárea, ya que ésta vía de parto no ha demostrado prevenir las lesiones de suelo pélvico asociadas al proceso de embarazo y parto. La fractura no desplazada de clavícula del neonato fue diagnosticada en planta, antes del alta, y tuvo una recuperación espontánea y una evolución satisfactoria.

En conclusión, (...)) fue atendida en todo momento acorde a la "lex artis". Se utilizaron todos los medios disponibles, tanto profesionales como técnicos, en su asistencia cuando fueron necesarios, se siguieron los protocolos del servicio y las indicaciones de guías clínicas nacionales e internacionales y se finalizó el embarazo mediante un parto vaginal, siendo dada de alta la paciente y su recién nacido en estado satisfactorio».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 21 de julio de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 25 de julio de 2023, se requiere a la reclamante a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, presentándose escrito de mejora de reclamación con fecha 7 de agosto de 2023.

- El día 9 de agosto de 2023 se dicta Resolución del Director del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda solicitar a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del servicio causante de la presunta lesión indemnizable.

Con fecha 20 de febrero de 2023 el SIP remite copia de la Historia Clínica obrante en el Hospital Universitario Materno-Infantil y en la Gerencia de Atención Primaria, así como informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil.

- Con fecha 13 de marzo de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 13 de marzo de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien no formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 7 de junio de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y

de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «***lex artis ad hoc***».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice que «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) «*que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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 con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser,

por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el

elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara

probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que durante el proceso del parto se practicaron una serie de actuaciones que considera contrarias a la «***lex artis***», y que concreta en falta de información durante el proceso de parto; realización de exploraciones y tactos continuos sin su consentimiento; negativa a practicarle una cesárea; y ausencia de consentimiento para el uso de fórceps así como para practicarle una episotomía. Actuaciones a las que anuda una serie de lesiones y complicaciones que le perjudican para el desarrollo de su vida diaria. Finalmente, también reclama por el desplazamiento de la clavícula que sufrió su hijo durante el parto.

A pesar de tales manifestaciones, la reclamante no aporta material probatorio que sostenga su pretensión, más allá de su propio testimonio, el cual, por otro lado, ha quedado desvirtuado por el examen del Historial Clínico y por el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC).

En relación con la carga de la prueba, se ha de recordar que este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, 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, tal como establece 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.

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 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Pues bien, en el presente caso procederemos a analizar cada una las supuestas irregularidades denunciadas por la reclamante, a los efectos de determinar la adecuación o inadecuación de la actuación sanitaria a la «***lex artis***».

4.1. En primer lugar, la reclamante sostiene que fue objeto de diversas exploraciones y tactos continuos y frecuentes por parte de diferentes profesionales, sin que previamente fuera informada que algunos de ellos eran médicos residentes que acompañaban a los médicos.

Este motivo debe ser desestimado por los razonamientos expuestos en el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, que este Organismo consultivo comparte plenamente, y en el que se razona lo siguiente:

«Cuando la paciente ingresó en el hospital el día 2 de agosto de 2022 no estaba de parto. Iba a iniciarse en ese momento el proceso de inducción del parto previa maduración cervical, por no tener contracciones y estar el cuello uterino cerrado.

Según el protocolo de inducción del parto y maduración cervical del Servicio de Obstetricia y Ginecología (documento Anexo 1) tanto la maduración cervical como la inducción del parto deben considerarse procedimientos íntimamente relacionados como parte del proceso para alcanzar un parto vía vaginal.

La maduración cervical se trata de un conjunto de cambios bioquímicos y funcionales que ocurren en el tejido conectivo del cérvix, que comienzan en el primer trimestre de la gestación y progresan hasta el término, y cuyo resultado final se traduce en cambios del cérvix tales como reblandecimiento, acortamiento y dilatación del mismo. Se trata de un proceso fisiológico, pero que en caso de necesidad de finalización de la gestación vía vaginal se puede provocar ya sea por medios mecánicos (p.e. doble balón intracervical) o farmacológicos (p.e. prostaglandina E2).

El objetivo de la maduración cervical es conseguir el ablandamiento, borrado y dilatación de forma que se disminuya la probabilidad de fracaso de inducción, así como una disminución en el periodo hasta el momento del parto. Son candidatas a una maduración cervical aquellas pacientes que presenten un cérvix desfavorable, entendido tal como aquel que presente una puntuación ≤ 6 en el test de Bishop.

Cuando ingreso Francesca, lo hizo con condiciones cervicales muy desfavorables, por lo que se le colocó una cinta de prostaglandinas.

Las pacientes portadoras de cinta, tras una monitorización inicial, quedan ingresadas en planta de hospitalización, pudiendo deambular libremente o utilizar la pelota si lo desean.

En este periodo la paciente solo fue explorada en dos ocasiones: al ingreso y cuando refirió expulsión del tapón mucoso, que en realidad era la bolsa rota.

En conclusión, cuando la paciente ingresó no estaba en trabajo de parto. La finalidad del ingreso era iniciar la inducción del parto previa maduración cervical. Para ello fue explorada en dos ocasiones, cuando fue clínicamente necesario.

(...)

La paciente ingresó en paritorio tras haber roto la bolsa de forma espontánea en planta. El matrón responsable le informó del proceso de inducción para el cual la paciente dio su consentimiento verbal, según consta en la historia.

La inducción del parto es un proceso mediante el cual se inducen contracciones uterinas a la gestante, generalmente mediante amniorrexis y oxitocina, para desencadenar el parto.

Durante las 26 horas que estuvo en Paritorio fue explorada en 4 ocasiones por dos equipos de guardia distintos, la primera al ingreso en paritorio y las otras tres porque era clínicamente necesario por RCTG no tranquilizador. En esas exploraciones se hicieron pruebas de bienestar fetal.

El procedimiento habitual de trabajo en nuestro centro es que los residentes, que son médicos titulados en formación para obtener el título de especialista, acompañen a los médicos adjuntos a los actos clínicos como parte de su proceso de aprendizaje.

La especialidad de Obstetricia y Ginecología debe conceptuarse actualmente como una especialidad de contenido extenso y diverso que incluye, a grandes rasgos:

La fisiología de la gestación, el parto y el puerperio, así como de su patología y su tratamiento.

La fisiología, patología y tratamiento inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama

Los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana y su tratamiento

Los aspectos preventivos psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores

El programa de formación en la Unidad Docente de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria tiene como objetivo la formación integral del residente en la especialidad, asegurando la adquisición de competencias y habilidades exigidas para la misma en el Programa Formativo Oficial de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología (POE) publicado en el BOE de 28 mayo 2009, y

garantizando los principios de interdisiciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

La intervención profesional de los residentes en nuestro complejo está recogida en la Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

Todo el personal del hospital tiene tarjetas identificativas, incluidos los residentes, que son de obligado uso.

En las notas clínicas no se recoge que la paciente se negara a ser atendida por ningún médico ni profesional. Es más, en el momento del fórceps, como ella misma reconoce, se le pidió su consentimiento para que lo hiciese una residente de cuarto año.

En conclusión, desde su ingreso en paritorio solo se realizaron 4 exploraciones clínicamente justificadas, accediendo los médicos residentes a la sala cuando fue necesario, siempre tutorizados por un médico adjunto».

A las anteriores consideraciones se ha de añadir, que la necesidad de practicar tactos vaginales va implícita y es inevitable en el proceso del parto, estando además expresamente indicada tanto en el Protocolo de inducción al parto y maduración cervical del HUMIC, como en la Guía Práctica sobre la Atención al Parto Normal editada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, por tanto, tales exploraciones están justificadas desde el punto de vista clínico. Sin que, por otra parte, en el caso concreto se haya advertido o acreditado que tal práctica fuera efectuada de una manera anómala o irregular, estando los médicos residentes (MIR) autorizados para realizarla, los cuales son además supervisados por los médicos que los tutorizan. Asimismo, tal como señala el informe, tales profesionales portan una tarjeta identificativa como médicos residentes, por lo que la reclamante no puede alegar desconocimiento al ser perfectamente advertible su condición.

4.2. En segundo lugar, la reclamante afirma que el matrón que la atendió procedió a romper la bolsa manualmente y empezaron a administrarle oxitocina, denunciando que desde ese momento no le informaron que podía seguir utilizando la pelota en el paritorio, estando mucho tiempo de pie para aguantar el dolor sin tener libertad de movimiento ya que le habían colocado una sonda, cuyo cable era muy corto y no podía alejarse de la cama, habiendo además colocado una sábana en el suelo para que no se ensuciara el mismo.

En relación con estas afirmaciones, este Consejo Consultivo comparte, igualmente, los razonamientos expuestos en el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC al señalar lo siguiente:

«Cuando la paciente ingresó en paritorio lo hizo para iniciar la inducción por rotura de membranas en la planta, por lo que matrón no rompió la bolsa, puesto que ya estaba rota cuando llegó.

Se define inducción como el procedimiento mediante el cual se consiguen provocar contracciones a la gestante previo al inicio del trabajo de parto. Para ello, se iniciará perfusión de oxitocina, debiendo monitorizarse de forma continua al feto y la dinámica uterina. Preferiblemente la monitorización será interna, por tener mayor precisión, con electrodo fetal y catéter de presión intraamniótica.

En el protocolo de manejo de la inducción se recoge que se facilitará a la gestante que adopte la postura que le resulte más cómoda. Todos los paritorios tienen pelota para que la usen si las pacientes lo desean. Además Francesca estuvo acompañada por su matrón de forma continuada, por lo que podría haber usado la pelota de haberlo solicitado.

Según las notas clínicas del matrón, la paciente fue informada del procedimiento de inducción y dio su consentimiento verbal para el mismo, que incluye la colocación del catéter de presión intraamniótica conectado al monitor de registro.

Cuando las pacientes eligen estar de pie, es costumbre colocar una sábana u otro material absorbente en el suelo para evitar que resbalen al pisar los fluidos que puedan caer al mismo. No se trata de evitar que el suelo se ensucie, ya que los servicios de limpieza funcionan 24 horas al día.

Se le ofertó analgesia epidural que (...) no deseó inicialmente.

En conclusión, la paciente ingresó en paritorio con la bolsa rota. Se inició la inducción una vez que ella otorgó su consentimiento verbal y para ello se colocó un catéter de presión intraamniótica. Se mantuvo de pie para control de dolor por voluntad propia pudiendo haber solicitado la analgesia epidural que se le había ofrecido y la pelota para manejo alternativo del dolor si hubiese querido, ya que la tenía dentro de la sala».

Consideraciones que, fundamentadas en el Historial Clínico de la reclamante que este Organismo consultivo ha podido examinar y contrastar -donde consta que ingresó en el paritorio con la bolsa rota y que decidió en un primer momento no recibir analgesia epidural- determinan que, tampoco en este punto se pueda apreciar una actuación contraria a la *«lex artis»* de los profesionales que la atendieron, sin que, por otra parte, la reclamante haya alcanzado a probar las manifestaciones vertidas en su escrito de reclamación.

4.3. En tercer lugar, sostiene la reclamante que la cinta colocada en el proceso de inducción no fue retirada y que no se le suministró alimentación durante el proceso de parto. Asimismo manifiesta que, solicitada la epidural, no se le informó sobre los riesgos y los beneficios, además en el momento de suministrarle la epidural intentaron colocarlo tres veces, pinchando una vena y un hueso en dos ocasiones, percatándose en ese momento que quien lo estaba colocando era un residente sin haber dado su consentimiento a ello.

También en este punto comparte este Organismo consultivo los razonamientos y evidencias científicas expuestas en el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC al afirmar:

«Habitualmente tras una maduración cervical con cinta de prostaglandinas se retira la misma antes de realizar la amniorrexis e iniciar la inducción con oxitocina. El motivo de esta práctica es evitar que se produzca una hiperdinamia (exceso de contracciones).

En las notas clínicas de la historia no se hace mención al hecho que comenta Francesca. No obstante, revisando el RCTG, se aprecia que en su caso no se produjo ninguna alteración de la dinámica ni hubo repercusión fetal, por lo que si la cinta se mantuvo no hubo ninguna incidencia relacionada con ello. De hecho, a las 23:59 se indicó iniciar oxitocina porque se consideró que la dinámica era insuficiente para hacer progresar la dilatación.

En lo relativo a la ingestión de alimentos, según el protocolo de inducción del servicio, se administra sueroterapia acorde a la superficie corporal de la parturienta lo que hace innecesaria la ingesta. No obstante, si las pacientes lo solicitan, se permite que tomen en pequeñas cantidades soluciones isotónicas, infusiones o zumos. Se desaconseja la ingesta de sólidos por el riesgo de bro(n)coaspiración en caso de precisar una sedación o una anestesia general.

A este respecto, se siguen las recomendaciones científicas recogidas en protocolos como la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (Anexo 2, página 22) y el Consenso SEGO de Atención al Parto Normal (Anexo 3, página 46) que desaconsejan la ingesta de sólidos y lácteos y permiten solo ingesta de líquidos.

Cuando la paciente deseó ponerse la anestesia epidural acudió el anestesista de guardia. Según se recoge en las notas clínicas, entre la 1:15 y la 1:35 horas el anestesista estuvo con la parturienta. Le informó verbalmente de la técnica de la anestesia y posteriormente le hizo entrega del consentimiento informado, que fue firmado por duplicado. Igual que sucede con los médicos residentes de Ginecología, los médicos residentes de Anestesiología deben realizar procedimientos propios de su especialidad supervisados por sus adjuntos, como está recogido en el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas

a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

En conclusión, si la cinta se quedó en la vagina, este hecho no tuvo ninguna repercusión clínica, aunque no hay ningún registro en la historia sobre ello. La ingesta de comida está desaconsejada en el parto para prevenir el síndrome de broncoaspiración, según las guías clínicas nacionales y el protocolo del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Se recomienda ofrecer pequeñas cantidades de líquido a las pacientes con parto prolongado que lo demanden. Por esta razón no se permitió la ingesta de alimentos que solicitaba la paciente, a la que se le puso sueroterapia de mantenimiento. Fue informada verbalmente y por escrito sobre la anestesia epidural, firmando dos consentimientos informados. En un Complejo Hospitalario docente como es el nuestro, acreditado para la formación de residentes acorde a los planes oficiales de la especialidad, los médicos residentes deben ejecutar bajo supervisión los actos clínicos para los que estén capacitados por su año de residencia».

A las anteriores consideraciones, que este Consejo Consultivo comparte en su totalidad, debemos añadir que consta en el informe de cuidados de enfermería durante el parto obrante en el Historial Clínico de la reclamante (folio 74) la siguiente anotación efectuada el 2 de agosto de 2022 a las 21:54:08 horas «*Pasa a paritorio primigesta de 41 años para inducción tras retirada de cinta PGE2 por 41 semanas+41 años. Maduración con cinta de PGE2 durante 11 horas y pasa a paritorio tras RPM*». Como se puede advertir, la cinta PGE2 le fue retirada tras haber permanecido con ella durante 11 horas, plazo que se encuentra dentro de los límites establecidos en el Protocolo del HUMIC sobre Inducción del parto y maduración cervical, en el que se establece que «*se procederá a la retirada del fármaco en un tiempo máximo de 12h tras su colocación*», por lo que este motivo de la reclamación debe ser igualmente desestimado, por considerar que la actuación de los profesionales fue adecuada a la «*lex artis ad hoc*».

4.4. En cuarto lugar, alega la reclamante que en dos ocasiones la ginecóloga de turno la exploró acompañada por un residente que quería practicar sondaje de la vejiga, comentando que era conveniente realizarlo, sospechando la reclamante que la razón era para que practicara el residente.

Estas manifestaciones no han quedado acreditadas en el presente expediente y, por el contrario, han sido desvirtuadas por el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC en el que se expone lo siguiente:

«Durante el trabajo de parto se favorece la micción espontánea siempre que sea posible. Así lo recomiendan todas las guías asistenciales y sociedades científicas.

En ocasiones el descenso de la presentación fetal puede obstruir el vaciamiento vesical y la anestesia epidural abolir el deseo miccional y restringir la contracción voluntaria de la musculatura estriada vesical, provocando una sobredistensión de la vejiga que se asocia potencialmente a una lenta evolución de la dilatación, falta de descenso de la presentación y aumento de riesgo de retención urinaria en el postparto.

En nuestro centro se intenta evitar el sondaje en la medida de lo posible, y no se usa en modo alguno como práctica para aprendizaje de ningún profesional cuando no está indicado realizarlo. A la paciente se le hicieron dos sondajes en el tiempo que estuvo en paritorio, estando todos ellos justificados clínicamente.

En conclusión, los dos sondajes estaban indicados y no tuvieron una finalidad docente sino que buscaban un beneficio clínico para la paciente y la evolución de la dilatación».

Por tanto, los sondajes que se practicaron a la reclamante se encontraban justificados y no tuvieron una finalidad docente, sino que buscaban un beneficio clínico para la paciente y la evolución de la dilatación, y consecuentemente facilitar el parto.

4.5. En quinto lugar, la reclamante manifiesta que en el paritorio tuvo fiebre en dos ocasiones, suministrándole antibióticos y colocándole paños mojados para bajarla, desconociendo si tuvo infecciones o no puesto que tampoco le informaron de ello. En cualquier caso, considera la reclamante que no hubo abolición completa del dolor en la parte izquierda del cuerpo, no permitiéndole adoptar una postura más cómoda a pesar de sus quejas. A lo que añade que más tarde le suministraron otro analgésico que desconoce y que le provocó casi un desmayo y vómitos en dos ocasiones.

Conviene también en este punto reproducir el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC, que compartimos, y en el que se señala lo siguiente:

«Es frecuente la aparición de fiebre intraparto en inducciones prolongadas, pacientes con muchas horas de bolsa rota, con líquido teñido, etc. Es por ello que se realizan frecuentes controles de temperatura y, en caso de fiebre persistente, se solicitan estudios complementarios para descartar corioamnionitis.

La hipertermia materna se asocia a potenciales complicaciones maternas y fetales, por lo que el protocolo de manejo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología incluye la rápida aplicación de medidas para normalizar la temperatura, entre ellas los medios físicos (paños mojados) y farmacológicos, asociados a antibióticos.

En el caso de nuestra paciente no se llegó a diagnosticar corioamnionitis, catalogándose de fiebre intraparto, como está recogido en el informe de alta. Aunque no se especifica en

las notas clínicas, es práctica habitual que algún miembro del equipo asistencial informe a las pacientes de la evolución y de los fármacos que se les administran.

Dada la estancia prolongada en paritorio, la analgesia epidural administrada y perfusión continua vía bomba requiere de bolos de refuerzo a través del catéter que el anestesista coloca para ello. Los cambios posturales ocasionan que la medicación impregne algunas raíces nerviosas más que otras, ocasionando a veces parches de dolor que tratan de solventarse con medicación adicional para aliviar los síntomas. Estos bolos pueden provocar hipotensión y sensación nauseosa o incluso vómitos de forma pasajera, que se solventan de forma espontánea o con medicación adicional. Todos estos aspectos están recogidos en el consentimiento informado que la paciente firmó tras haber sido informada verbalmente también por el anestesista que le colocó la analgesia.

En conclusión, la paciente fue diagnosticada de fiebre intraparto de forma diligente y se inició el tratamiento con premura, evitando que se desarrollara corioamnionitis. Aunque no consta en la historia, cuesta creer que no le informaran de la situación antes de empezar a ponerle medios físicos y tratamiento adicional, ya que es la forma habitual de trabajar en Paritorio. En cuanto a la evolución de la analgesia, los síntomas de la paciente son esperables en su situación, están recogidos en el consentimiento informado y se puso tratamiento para ellos siguiendo las pautas del Servicio de Anestesia».

Del análisis del expediente, y particularmente de la Historia Clínica de la reclamante, se observa que la fiebre no tenía origen infeccioso, sino que, tal como bien expone el Informe del Servicio, se trataba de fiebre intraparto, cuya presencia se encuentra dentro de los parámetros de normalidad en el proceso de parto.

Asimismo consta en el Historial Clínico el Documento de Consentimiento Informado (DCI) para analgesia/anestesia regional neuroaxial durante el trabajo de parto firmado por la reclamante, en el que se señala como riesgos frecuentes «*disminución de la presión arterial, fallo de la analgesia, punción accidental de la duramadre, dolor de espalda, picor en la cara o abdomen, náuseas, vómitos, temblores, dificultad para orinar tras el parto, posible aumento de parto instrumentalizado*», por lo tanto la reclamante conoció y aceptó los riesgos derivados de tal práctica.

4.6. En sexto lugar, sostiene la reclamante que pidió en varias ocasiones que se le practicara una cesárea, sin que se la realizaran, así como que después de varias exploraciones más, al estar dilatada 8 cm, el ginecólogo de turno sobre la medianoche le dijo que había que parir ya, entrando en la habitación muchas personas y preguntándole el médico si podía asistir al parto una residente. A

continuación, le indicó que tenía que empujar dos veces y que después iba a utilizar el fórceps «*para bajar un poco el niño*», desconociendo si era necesaria esa práctica invasiva y sin informarle previamente de los riesgos de lesiones. Que, además, se le practicó una episotomía sin informarla previamente.

En este punto la reclamante tampoco ha acreditado los hechos que expone, más allá de sus meras manifestaciones, las cuales han sido desvirtuadas por el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC que se señala lo siguiente:

«No consta en ninguna nota clínica de matronas ni médicos la petición de una cesárea por parte de la paciente ni verbal ni escrita.

Como se ha comentado previamente, se le hicieron un total de 4 tactos vaginales, todos ellos necesarios para evaluar la progresión de la inducción y realizar pruebas de comprobación del bienestar fetal (pH).

Precisamente en la última exploración se comprobó que se había completado la dilatación (tenía no 8 sino 10 cm) y, dado que el pH era prepatológico (7,22) se optó por iniciar el expulsivo activo mediante pujos en lugar de esperar a que la presentación fuese descendiendo de forma pasiva con las contracciones. Cuando la presentación estuvo en III plano (mínimo necesario para aplicar las ramas) se comprobó que la presentación estaba rotada hacia la posición occípito iliaca izquierda anterior, presentando un diámetro cefálico que enlentecía el descenso.

Se solicitó permiso para que la residente de 4º año asistiera el parto con el médico adjunto.

Se aplicó un fórceps rotador sin dificultad para colocar al feto en occípito púbica mediante giro suave sin contracción. Se extrajeron las ramas y la paciente pudo completar el expulsivo de forma espontánea, solo con sus pujos, lo que minimiza el riesgo de lesión perineal. De hecho, no se realizó episiotomía alguna.

Al revisar el canal del parto se comprobó la existencia de un desgarro de 5 mm superficial (I grado) en introito vaginal, afectando solo a planos superficiales de la mucosa, que se suturó sin incidencias. El recién nacido fue atendido por Neonatología ingresando después en planta con su madre por presentar buen estado.

En conclusión, no hay constancia en la historia de que la paciente solicitara una cesárea tras haber dado su consentimiento a la inducción del parto. La atención al expulsivo se hizo conforme a indicaciones clínicas, con un manejo conservador. Se indicó iniciar pujos por tener una prueba de bienestar fetal que lo hacía necesario y se rotó la presentación con un fórceps reglado para acortar el periodo expulsivo, extrayendo las ramas para que finalmente se produjera un parto eutócico. No se realizó episiotomía. Tras revisar el canal del parto se

apreció un desgarro de 5 mm en introito que solo afectaba a la parte superficial de la mucosa. El recién nacido estaba en buen estado y pudo subir a planta con su madre».

Efectivamente, tal como se puede advertir en el Historial Clínico de la reclamante, no consta que en momento alguno solicitara la práctica de una cesárea. Además también consta que no se le practicó una episiotomía, lo que sufrió la reclamante en el momento del parto fue un desgarro superficial Grado I de 5 mm en introito vaginal el cual fue suturado, lo que en ningún caso supone una episiotomía.

4.7. Finalmente, reclama la interesada que durante el parto le provocaron a su hijo el desplazamiento de la clavícula, hecho del que no le informaron hasta que a la mañana siguiente pidió a la pediatra que revisara al niño ya que no levantaba un brazo.

En relación con esta cuestión, el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC informa lo siguiente:

«En relación con la exploración neonatal, se constató en planta la presencia de una fractura no desplazada de clavícula derecha, que se manejó de forma conservadora recuperándose de forma espontánea y sin secuelas, según consta en la historia del neonato y Atención Primaria. Según la literatura consultada (McKee-Garret et al. Neonatal Birth Injuries. UpToDate actualizado julio 2023) la fractura de clavícula es la más frecuente en periodo neonatal. Se asocian más frecuentemente con partos vaginales complicados, pero se han visto también en partos eutócicos normales y cesáreas. Factores de riesgo de fractura de clavícula son los partos instrumentados, la distocia de hombros, la edad materna avanzada, el peso neonatal aumentado (sobre todo por encima de 4 kg) y bajo ratio circunferencia cefálica/abdominal. Las fracturas claviculares sellan de forma espontanea en dos o tres semanas, sin secuelas a largo plazo, requiriendo solo que los cuidadores hagan una movilización cuidadosa de la extremidad».

En el presente caso no ha quedado acreditado que la lesión en el recién nacido se causara por una actuación inadecuada, y por tanto, contraria a la *«**lex artis**»* de los profesionales que intervinieron en el parto, máxime cuando en el parto de la reclamante se advierten factores de riesgo de fractura de clavícula, ajena a la actuación profesional, como son el tratarse de un parto instrumentado; la edad materna avanzada (41 años); el peso neonatal aumentado (3,725 kg); y, un neonato con diámetro cefálico que enlentecía el descenso.

Finalmente, se ha de señalar que los desórdenes de suelo pélvico incluyen el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia urinaria y/o fecal y los trastornos dolorosos. Su prevalencia es elevada y su origen es multifactorial, afectando a la

calidad de vida de las pacientes que los padecen. El papel causal del embarazo y el parto se apoya en el hecho de que los desórdenes del suelo pélvico son más prevalentes en mujeres que han tenido al menos un hijo. Se estima que el 50 % de las incontinencias y el 75 % de los prolapsos en mujeres con al menos un embarazo y parto/cesárea se producen como consecuencia de los mismos (*Handa V et al. Effect of pregnancy and childbirth on urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Actualizado enero 2023*).

El mecanismo de lesión del suelo pélvico en el embarazo y el parto incluye la compresión, el estiramiento o el desgarro de nervios, músculos y tejido conectivo. Sin embargo no hay evidencia de que la cesárea prevenga el desarrollo o exacerbación de estas lesiones.

Los síntomas que la reclamante refiere pueden estar en relación con el embarazo prolongado, las horas de inducción y el propio expulsivo, pudiendo haberse producido incluso si el parto hubiese sido totalmente eutócico.

La revisión del canal del parto tras completarse el expulsivo evidenció la ausencia de lesiones, existiendo únicamente un desgarro superficial de 5 mm en el introito vaginal.

En atención a lo expuesto, la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada, se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.