

Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Décima

C/ Génova, 10, Planta 2 - 28004

33009750

NIG: 28.079.00.3-2017/0013705

Procedimiento Ordinario 456/2017

Demandante: D./Dña. TERESA LÓPEZ LÓPEZ

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

SOCIETE HOSPITALIARE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM)

PROCURADOR D./Dña. ANTONIO RAMON RUEDA LOPEZ

SENTENCIA Nº 759 / 2018

En la Villa de Madrid a dieciocho de diciembre de dos mil dieciocho.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Madrid, ha visto el recurso n.º 456/2017 formulado por la Letrada D^a FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLEN frente a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria, siendo partes demandadas la Comunidad Autónoma de Madrid y la aseguradora Societe Hospitaliare d'assurances Mutuelles.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Se impugna la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. Francisca Fernández Guillén contra la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid por los daños y perjuicios derivados la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada con ocasión de la asistencia al parto durante los días 14 y 15 de julio de 2014.

SEGUNDO.- La parte actora, en el suplico de la demanda, solicita a la Sala “(i) *que declare que la actuación sanitaria no se ajustó a la lex artis e infringió los derechos y deberes de información y consentimiento y condene a la demandada a indemnizar a Dña. Teresa Liébanas López en la cuantía de 335.145,58 (TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO EUROS CON CIENCUENTA Y OCHO*

CÉNTIMOS) u otra que, con mejor criterio, el Tribunal encuentre más ajustada a la íntegra reparación del daño, más los intereses legales desde el día en que se presentó la Reclamación de Responsabilidad Patrimonial hasta su efectivo pago, con condena en costas a la demandada. El fundamento de la reclamación se puede exponer a través del siguiente extracto de la demanda:

INADECUACIÓN DE LA ACTUACIÓN A LA BUENA PRAXIS

Tras examinar la HC del parto y los informes de los centros sanitarios públicos en los que se ha tratado la Sra. Liébanas, el especialista en ginecología y obstetricia ha emitido el informe que obra como folios 474 a 493 del Expediente, en el que valora como sigue la asistencia recibida: “Es un hecho probado e indiscutible que el desgarro de IV grado se produjo como consecuencia del parto con fórceps. Por tanto, lo primero que interesa saber es sí el parto instrumental estaba indicado.”

Ausencia de indicación para el uso de fórceps

El parto instrumental (fórceps, ventosa, espátulas) tiene un potencial lesivo considerable para el suelo pélvico de la madre y también para el bebé, por lo que siempre hay que ponderar los beneficios y perjuicios de su uso, eligiendo además el instrumento menos dañoso.

Explica el perito ginecólogo en su informe que el primer requisito para la extracción fetal mediante instrumentos es que exista una indicación válida (folio 484, pág. 10) que haga aceptables sus consecuencias dañosas. Una posible indicación es una progresión inadecuada del parto en su fase de expulsión. La razón para el uso de fórceps en el documento que obra como folios 36 y 37 del Expediente es que “el equipo de guardia decide realizar un fórceps para abreviar el periodo expulsivo por prolongación del mismo”. Sin embargo, en el caso de la Sra. López desde la fase activa hasta la expulsión apenas pasaron 50 minutos, cuando el protocolo del propio Hospital de Fuenlabrada (folios 411 y 412) establece un periodo de 2 h para multíparas en el caso de haber administrado anestesia regional y la SEGO de 3 horas. Como explica el Dr. Fernández:

“La SEGO establece que el parto instrumental debe tener una indicación clara: acortar la segunda fase del parto. De forma que existen indicaciones maternas como son aquellas patologías que se puedan agravar con el pujo y la progresión inadecuada de la

segunda etapa del parto. Entre las indicaciones fetales se valora la Sospecha de Perdida de Bienestar Fetal (SPBF).

Busquemos ahora estas indicaciones en el parto de la Sra. López. Estudiada la gráfica del monitor intraparto no se observan alteraciones del latido, la variabilidad es correcta y la dinámica uterina es adecuada. La paciente, por otro lado, no presenta ninguna patología que se pueda agravar con el pujo y si valoramos los tiempos del parto, pese a no existir Partograma⁴, debemos suponer que cuando se le administro anestesia epidural a las 23:20 h se encontraba en la fase activa de la dilatación, es decir 3-4 cm y dado que el parto se produce a las 00:53 h, ha transcurrido una hora y media entre fase activa de dilatación y expulsivo. Dado que la guía NICE y los Protocolos de la SEGO establecen una duración para el expulsivo en multíparas de tres horas con anestesia epidural, **ES CLARO QUE EN ESTE CASO NO EXISTÍA INDICACIÓN DE ACORTAR ESTA SEGUNDA FASE DEL PARTO. ESTE PERITO NO ENCUENTRA INDICACIÓN NI MATERNA NI FETAL PARA TERMINAR EL PARTO DE FORMA INSTRUMENTAL.**

La Doctora MLQ en su anotación de parto instrumental [DOC 3] dice: pasa a paritorio en DC (Dilatación Completa) y mediante pujos dirigidos desciende a III plano con mucha dificultad por muy escasa colaboración materna. RCTG (Registro Cardiotocográfico) de bienestar fetal. Tras treinta minutos intentando pujos en conjunto con la paciente (se niega a pujar) se decide aplicar fórceps para alivio de expulsivo en presentación OP (¿Occipito Púbrica?).

Analicemos estos datos: una paciente en dilatación completa, dependiendo de la altura de la presentación puede tener o no la sensación de pujos, pero si está bajo anestesia epidural la "sensación de pujar" esta disminuida. Lo lógico, teniendo en cuenta que el RCTG, como ella misma reconoce, es de bienestar fetal ¿Qué prisa existe? La dinámica era adecuada, la presentación se encontraba en III plano y la posición de la cabeza fetal en OP (Occipito Púbrica), simplemente con esperar la presentación habría descendido siendo un parto espontaneo. **SE DECIDE APLICAR FÓRCEPS PARA ALIVIO DE EXPULSIVO Y ESTE PERITO SE PREGUNTA ¿QUÉ ES LO QUE HAY QUE ALIVIAR SI LOS**

**TIEMPOS DE EXPULSIVO SON CORRECTOS Y EL FETO ESTÁ BIEN?
LA IMPRESIÓN QUE SE TIENE ES QUE SE QUERÍA TERMINAR EL
PARTO POR LA HORA QUE ERA, CASI LA UNA DE LA MADRUGADA.**

Es incomprensible que se diga que no hay colaboración materna y el expulsivo es prolongado cuando la señora ingresa a las diez de la noche y a la una ya ha dado a luz:

- *Ingreso 14 de julio de 2014 a las 22:11h. No figura ningún dato obstétrico.*
- *Monitorización externa. Comienza a las 21:17h del día 14 de julio de 2014 y termina a las 00:40 h del día 15 de julio (existe sin duda algún error horario porque no se puede poner el monitor fetal una hora antes del ingreso).*
- *Anestesia epidural a las 23:20 h del día 14 de julio. Dato extraído de la gráfica del monitor.*
- *Aminoréis espontánea (rotura de la bolsa de las aguas). Líquido claro. No figura hora.*
- *Parto el 15 de julio de 2014 a las 00:53h.*
- *Tipo de parto fórceps. Indicación de abrevio de expulsivo. Episiotomía. Elección del instrumento más dañoso*

*Aunque ya hemos dicho que la extracción no estaba indicada, aún se pudo reducir el daño utilizando un instrumento menos lesivo, como la ventosa, porque **“la evidencia científica actual apoya que el uso de la ventosa respecto al fórceps minimiza la morbilidad materna cuando la edad gestacional es mayor a 34 semanas.”** (Folio 484 del Expediente, pág. 10 del informe pericial de obstetricia).*

Culpabilización de la paciente y analgesia insuficiente

*Los asistentes no tomaron ninguna medida terapéutica ante las quejas de dolor de la Sra. López y practicaron una episiotomía y fórceps **a pesar de que la anestesia no estaba haciendo efecto**. Ello se constata de las anotaciones que hace la doctora que realiza el fórceps (folio 326):*

*“Salida fetal en 1 tracción. Durante la misma **la paciente se revuelve en mesa de paritorio y levanta las nalgas violentamente** con salida de cabeza fetal traumática que ocasiona desgarro perineal.”*

RESULTA CLARO QUE UNA PERSONA BIEN ANESTESIADA NO SE REVOLVERÍA EN MESA Y LEVANTARÍA LAS NALGAS “VIOLENTAMENTE”.

*Se dice también en ese mismo folio que la paciente “no colabora” y no puja. A este respecto, el Dr. Fernández se expresa así en su informe pericial: “Da la impresión que la paciente es la "culpable" del desgarro de IV grado. Ya que no existía prisa y **ANTE LA SUPUESTA FALTA DE COLABORACIÓN DE LA PACIENTE SE PODRÍA HABER AVISADO AL ANESTESISTA PARA QUE AÑADIERA "UN BOLO" DE ANESTESIA O YA QUE QUERÍA COLOCAR UN FÓRCEPS HABER INFILTRADO ANESTESIA LOCAL O LO QUE SERÍA MÁS LÓGICO HABER RETIRADO LAS PALAS DEL FÓRCEPS.** Si con una tracción la paciente empuja violentamente es que sí "pujaba", podría entonces haber expulsado el feto sin necesidad de instrumento alguno.*

Reparación inadecuada

En la pericial de obstetricia se considera que la reparación no fue adecuada:

“Por definición un desgarro de IV grado supone la lesión del esfínter interno y el externo, mucosa rectal y en este caso, con toda seguridad la lesión del musculo puborectal que forma parte del elevador del ano.

Según describe la Doctora Luque [DOC 4]: vagina con dos desgarros de cara posterior de 3 cm cada uno (izquierdo y derecho). Lesión completa del esfínter anal externo e interno con tres trayectos diferentes y dislacerados. Bajo cobertura antibiótica y lavado con clorhexidina® se procede a la reparación:

Mucosa rectal con Vycril 3/0 en sutura entrecortada. Se realizan dos capas superiores a esta con igual técnica.

Se intentan individualizar trayectos para valorar "overlap", no posible por estar en tres trayectos muy irregulares. Se realiza sutura termino-terminal con Monosyn 3/0 en varios puntos para repararlo, comprobado por tacto rectal. Nueva capa de Vycril 3/0 sobre sutura de esfínter.

Reparación de musculatura superficial de periné con Vycril O. Piel con intradérmica Vycril rapid 3/0.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico el esfínter anal interno (EAI) y el externo (EAE) son dos anillos musculares independientes. El EAI está formado por musculatura lisa y se encuentra en estado de contracción continua. Por su propia estructura muscular puede ser difícil de identificar en un desgarro obstétrico. El EAE, por su parte, es un musculo estriado de contracción voluntaria que a diferencia de otros músculos estriados que carecen de tono durante el reposo, este posee actividad tónica involuntaria durante el reposo y el sueño. Es más fácil de identificar puesto que es más "tendinoso" que el EAI. En desgarros obstétricos si no lo identificamos es porque al ser un musculo orbicular y muy potente, el desgarro provoca que se retraiga hacia los extremos y debemos buscarlo bien con unas pinzas o disecando con tijera la zona. Es para entendernos como una "cuerda de guitarra" que cuando rompe se destensa, pero nunca se desgarra en trayectos diferentes.

Lo que llamamos Suelo Pélvico es una estructura musculo tendinosa formada a su vez por tres músculos: pubococcigeo, iliococcigeo y puborectal. Constituye, sobre todo el musculo puborectal, un componente importante de la musculatura más profunda del conducto anal. En desgarros obstétricos importantes el elevador del ano es fácil de identificar porque se observa grasa perirectal. Debe suturarse a parte.

Volviendo al caso, este perito cree que no se suturo correctamente lo que se describe como "desgarro del esfínter anal interno y externo en tres trayectos". Debía ser el esfínter interno, el musculo transverso superficial de periné y el bulbo cavernoso. El EAE no se "desgarra", se secciona y se retrae hacia la parte posterior. Se deben buscar y traccionar sus dos extremos con unas pinzas y suturarlo con tres puntos sueltos."

En relación al consentimiento informado, la demanda señala que “al no haberse informado a la Sra. Liébanas ni haber recabado su consentimiento antes de someterla a dos intervenciones quirúrgicas: episiotomía y extracción mediante fórceps, la actuación administrativa ha infringido los artículos 15, 43 y 10 CE, art. 3.2 de la Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea, arts. 2 y 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información

y documentación clínica (la Ley de Autonomía del Paciente), art.19 b) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Se ha vulnerado así mismo el Artículo 3 solo y en relación con el art. 14 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH o "el Convenio)", que prohíbe la tortura y otros tratos inhumanos y degradantes y la jurisprudencia del TEDH, TC y TS en materia de CI".

Al valorar la Sala los anteriores elementos de prueba, considera que debe prevalecer en relación a esta cuestión el informe del Dr. Fernández. En efecto, los dos peritos coinciden en sus informes en la importancia de que el parto instrumental esté indicado, sea por causa fetal o materna. Ambos son coincidentes también en que no concurría causa fetal para el parto instrumental. El único especialista que sostiene que concurría causa materna es el Dr. Pérez. Sin embargo, al justificar la concurrencia de un supuesto de indicación de parto instrumental se remite a un procedimiento analógico, equiparando la falta de colaboración materna a la falta de colaboración materna durante el expulsivo. Añade, además, que ello estaría justificado por el empleo del etcétera cuando el protocolo de la SEGO refiere los distintos supuestos de indicación materna.

La Sala considera, respecto a esto último, que no resulta claro que el empleo del etcétera en el protocolo de la SEGO tenga la función de permitir ampliar los supuestos de indicación en el sentido propuesto por el perito Dr. Pérez. Más bien parece estar referido a las distintas enfermedades maternas que pueden indicar la utilización del fórceps. **En todo caso, tratándose de un supuesto de excepción, dado el carácter restrictivo de los supuestos en que se debe acudir al parto instrumental por los riesgos que conlleva, consideramos que su admisión debería estar recogida expresamente o, al menos, mediante el recurso a un procedimiento analógico estricto.**

Por otra parte, la Sala estima que no concurre la identidad de razón que se propugna por el Dr. Pérez pues tratar de equiparar la falta de colaboración materna, por sí sola, al agotamiento materno, como supuesto típico de indicación, nos parece un juicio sesgado. El agotamiento materno y la falta de colaboración materna son supuestos distintos y suficientemente caracterizados. Si el recurso al parto instrumental estuviera indicado en los dos casos, consideramos que ningún obstáculo habría para su inclusión. Sin embargo, el protocolo de la SEGO solo considera como supuesto de indicación uno de ellos. Aislar una de las manifestaciones del agotamiento materno para tratar de incluir la falta de colaboración materna también como supuesto de indicación nos parece un

procedimiento analógico que pugna con ese carácter restrictivo y de excepción que cabe atribuir a este tipo de casos.

En consecuencia, procede acoger la demanda en este punto, considerando que no estaba indicado el parto instrumental que se le practicó a la Sra. López.

Aunque se discute por el perito Dr. Pérez el nexo causal entre la utilización del fórceps y los daños y perjuicios sufridos por la recurrente, considera la Sala que la relación de causalidad está firmemente asentada. La Sala no considera suficientemente explicado, por las aclaraciones del Dr. Pérez, que fuera el paso de la cabeza por el canal del parto lo que produjera las lesiones y no la utilización del fórceps.

Así, de entre los distintos factores de riesgo que el propio Dr. Pérez enumera, parece que el único que concurría en el presente caso era el parto instrumentado (*“existiendo una serie de factores de riesgo, como hemos mencionado, para que se produzcan lesiones esfinterianas como son la primiparidad, la macrosomía fetal, el parto instrumentado, presentaciones anómalas, el periodo expulsivo prolongado”*).

Que el riesgo de desgarro pueda existir también en un parto normal sin instrumentación no descarta la relación causal en el presente caso pues, si el parto instrumental no estaba indicado en el presente caso y los supuestos de indicación se establecen precisamente para evitar la concreción de riesgos como el que nos ocupa, corresponde a la parte que sostiene que no se produjo esa relación causal una demostración cumplida. En el presente caso, el informe del perito Dr. Pérez no aporta, a nuestro juicio, esa justificación.

Consideramos, por tanto, que está establecida la relación causal entre la utilización del fórceps en un caso en que no estaba indicado y el desgarro que se le produjo a la recurrente.

En consecuencia,

FALLO

CON ESTIMACIÓN PARCIAL DEL RECURSO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO N° 456/2017, INTERPUESTO POR DÑA. FRANCISCA

FERNANDEZ GUILLEN CONTRA LA DESESTIMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL FORMULADA A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA, DEBEMOS:

PRIMERO.- ANULAR LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA IMPUGNADA POR NO SER CONFORME A DERECHO.

SEGUNDO.- EN SU LUGAR, DECLARAR LA EXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN LOS TÉRMINOS RAZONADOS EN EL FUNDAMENTO JURÍDICO OCTAVO DE ESTA RESOLUCIÓN Y RECONOCER A LA PACIENTE EL DERECHO A SER INDEMNIZADA POR LA ADMINISTRACIÓN DEMANDADA EN LA SUMA DE **215.145,58 EUROS**, MÁS LOS INTERESES LEGALES DE LA MISMA DESDE LA FECHA DE LA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.