



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 351/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de diciembre de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 20 de noviembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 390/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 28 de agosto de 2012, x, en representación de x, y, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresa lo siguiente.

X ingresó en el Hospital Universitario "Virgen de La Arrixaca", de Murcia, el día 30 de agosto de 2011, sobre las 04:00 horas, por dinámica uterina y gestación de 41+1 semanas, y las 7:00 horas pasó a dilatación para estimulación del parto. A las 18:20 horas nació un niño (x) que pesó 4.350 gramos, con un percentil >95, que ingresó en neonatos por sufrimiento fetal agudo y expulsivo prolongado, con distocia de hombros (parto instrumentado).

Considera el reclamante que hubo una deficiente técnica al aplicar la ventosa para la extracción del feto, porque "según el partograma, la parturienta se encontraba durante toda la dilatación en SES y, a partir de las 17:00 h., en SES-I; no consta en qué plano se encontraba cuando se decidió pasar a paritorio a las 18:00 horas, pero difícilmente, por no decir imposible, habría pasado en una hora a plano III, ya que desde el inicio de la inducción la progresión del descenso de la presentación no había evolucionado en proporción a la dilatación; tampoco consta qué dilatación tenía la parturienta cuando a las 18:00 h. pasó a paritorio. (...) Cuando se decidió pasar a la paciente a paritorio no cumplía con los requisitos para la aplicación de la ventosa, no estaba en dilatación completa ni tampoco estaba en III plano. La vacuo-extracción no tenía indicación alguna, pues el expulsivo no se había prolongado (20 minutos), y se ha observado en distintas publicaciones una relación entre el parto instrumental y la distocia de hombros, más cuando nos encontrábamos ante un feto macrosómico. Se debió haber indicado una cesárea a las 17 horas cuando el parto estaba estacionado.

Además, alega que "existió una clamorosa falta de información a mi mandante entre realizar una cesárea o inducir el parto. No existe consentimiento informado para la inducción del parto. Tampoco se tuvo en cuenta el posible

peso del feto, ya que al nacer presentó un peso de 4.350 grs., siendo un percentil mayor a 95, según tabla de pesos de la SEGO. Este daño causado no obedece a la propia mecánica del parto, ni tampoco a ninguna otra posible patología que pudiera tener el neonato, sólo es imputable a la defectuosa asistencia recibida. Nada justifica que para extraer al niño mediante ventosa se le cause semejante lesión, ni siquiera se prevé como lesión típica en el protocolo de aplicación de ventosa de la SEGO. No se debe confundir lesión típica con lesión inherente".

Por todo ello, solicita una indemnización cuya cuantía se determinará en su momento, cuando queden determinadas las secuelas del niño, y solicita como prueba que se recaben las historias clínicas de la embarazada y su hijo en el citado hospital y en el "Morales Meseguer".

Adjunta a su escrito documentos relativos a la representación, la filiación del niño y la historia clínica del caso, así como un escrito de x en el que relata su versión de los hechos.

SEGUNDO.- El 13 de septiembre de 2012 el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que es notificado a los interesados.

En esa misma fecha se solicita a los citados hospitales copia de las respectivas historias clínicas e informes de los profesionales intervenientes.

TERCERO.- Mediante oficio de 30 de octubre de 2012, el hospital "Virgen de La Arrixaca" remitió la historia clínica e informe de la Dra. x, de fecha 30 de octubre de 2012, del que se destaca lo siguiente:

"Paciente secundigesta con un parto anterior, que acude en la semana 41 de gestación en período activo de parto. Se considera una urgencia obstétrica, por lo que no es indispensable la firma de un consentimiento informado para la asistencia al parto. En los cuatro días previos se practicó una ecografía en la que se estimó un peso fetal aproximado de 3.591 kg., por lo que no se preveía que el feto pudiera presentar macrosomía. La gestación fue de curso normal, sin evidencia de diabetes gestacional, lo cual también apoya el hecho de no prever el peso final al nacimiento.

Aunque el inicio de la dilatación fue algo lento, hay que tener en cuenta que ingresa en la madrugada, hora en la que la estimulación uterina es más fisiológica que durante el día, pues se administra menos oxitocina y no se practicó amniorrexis hasta las ocho de la mañana, por lo que realmente se considera que el parto comienza en este momento. Después, la dilatación evoluciona lentamente pero no se constata estacionamiento del parto (más de 4 horas con la misma dilatación). De hecho, a las 18h. se indica que la paciente pase a paritorio porque la ginecóloga que la revisa percibe dilatación completa al tacto vaginal y comienzo de encajamiento de la cabeza fetal con los pujos en la cama de dilatación.

Una vez en paritorio, desciende la cabeza fetal hasta tercer plano de Hodge, bien es cierto que se aplica presión sobre el fondo uterino cuando la paciente lleva anestesia epidural, a fin de ayudar con los pujos maternos. En este plano se procede a la instrumentación del parto, lo cual se indica en el partograma. Una vez colocada la ventosa la progresión es rápida y tras 2 tracciones aplicadas por la ginecóloga residente, se consigue extracción de la cabeza

fetal sin dificultad. Lo menos previsible fue el encajamiento de hombros que ocurrió después, pero que se consiguió vencer con celeridad gracias a las maniobras de Mc Roberts, Manzzatti y Rubin II Woods (maniobras de I y II nivel) y a la intervención de ginecólogas experimentadas (Dras.x, y).

El ph al nacimiento no fue patológico: arterial de 7.19 y venoso de 7.27, por lo que la hipoxia neonatal fue muy leve, como se puede apreciar en la evolución del neonato. Es de destacar que el tiempo máximo de la estancia en paritorio desde que llega hasta el momento del parto es de 10 minutos (como se aprecia en la Hoja de paritorios que adjuntamos), lo cual demuestra gran celeridad en todo el procedimiento de la instrumentación y la extracción fetal.

Por último, la distocia de hombros es una de las complicaciones más temibles y frustrantes para el ginecólogo. Lamentablemente x ha tenido una parálisis braquial, pero tenemos que agradecer que no haya arrastrado ninguna lesión mayor neurológica o incluso la muerte intraútero, como puede ocurrir en algunos casos de distocia de hombros muy desafortunados.

CONCLUSIONES:

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, así como el Grupo de Estudio de Medicina Preventiva del Gobierno de los Estados Unidos, emitieron las siguientes conclusiones en 2000, y aún sigue vigente:

- *La mayoría de los casos de distocia de hombros no pueden predecirse ni prevenirse, porque no existen métodos suficientemente correctos como para identificar qué fetos desarrollarán esta complicación.*
- *Las mediciones ecográficas para diagnosticar macrosomía fetal son de limitada exactitud.*
- *La práctica de una cesárea, basada en la sospecha de que existe un feto grande, no es una estrategia razonable (se ha calculado que se tendrían que hacer entre 2000 y 3500 cesáreas innecesarias para prevenir una parálisis braquial, con la morbilidad extra que puede acarrear una cesárea).*
- *Puede haber distocias de hombros en fetos con peso normal (en más 80% de las distocias los fetos pesaron menos de 4000 g., aseverando que en estos casos las parálisis braquiales podrían ocurrir ya intraútero por malas posturas de los fetos).*

La distocia de hombros es una distocia muy grave y poco predecible mediante la valoración aislada de los factores de riesgo.

Su profilaxis, mediante la inducción electiva o cesárea, sólo estaba justificada en casos en que la sospecha de la macrosomía es extrema, pero también se justificaría si junto a una sospecha de macrosomía menos extrema concurren otros factores, en especial los relacionados con una evolución lenta del II período del parto.

Si concurre una distocia de hombros, un protocolo de resolución reglado, con buen entrenamiento de todo el personal del paritorio, puede mejorar sus resultados y evitar, en lo posible, la morbilidad".

CUARTO.- Mediante oficio de 5 de noviembre de 2012 se remitió la historia clínica obrante en el hospital "Morales Meseguer", así como un informe manuscrito de 2 de noviembre anterior de la Dra. x, del Área de Rehabilitación, en el que informa sobre el estado del niño, expresando (según luego indica el anexo al informe médico de la aseguradora de posterior cita) lo siguiente: *"a la exploración manipula con ambas manos, presenta escápula alada y arrastre con déficit de ABD (abducción, se deduce). Actitud en extensión MSD (miembro superior derecho, se deduce), (ilegible) y flexión dedos"*.

QUINTO.- Mediante oficio de fecha 13 de noviembre de 2012 se comunicó al reclamante la admisión de los medios de prueba propuestos y su incorporación al expediente y que se solicita informe a la Inspección Médica.

SEXTO.- Obra en el expediente un informe, de 18 de enero, con anexo de 18 de abril, ambos de 2013, aportado por la compañía aseguradora del SMS y emitido por una especialista en Obstetricia y Ginecología y socia numerario de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en el que, tras analizar detalladamente los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"Primera: El recién nacido x pesó al nacer 4350 gr., por lo que puede diagnosticarse de macrosomía fetal. En la última ecografía realizada a la paciente 5 días antes del parto, el peso fetal estimado era de 3.591 grs. No se sospechó el peso con el que finalmente nació el recién nacido, pues la estimación del peso fetal en ecografía, sobre todo en fetos grandes, tiene una fiabilidad limitada. Aunque se hubiese calculado el peso real del recién nacido, la cesárea electiva como prevención de la distocia de hombros no ha sido aprobada por los resultados clínicos.

Segunda: El trabajo de parto en esta paciente se inició y transcurrió lentamente, pero sin signos de alarma que contraindicaran el parto vaginal. No se pudo sospechar la distocia de hombros que apareció tras la extracción de la cabeza fetal.

Tercera: Se realizó parto operatorio con ventosa para abbreviar expulsivo. En el caso de esta paciente se daban tanto las condiciones necesarias para la aplicación de la ventosa como la indicación: alivio de expulsivo. Se aplicó ventosa en III plano de Hodge con la paciente en dilatación completa. (En este plano de encajamiento no existe otra opción que la dilatación completa). En pocos pujos maternos, es posible pasar de I plano de Hodge a III. Por lo que la afirmación en la reclamación de que en una hora no se puede pasar de un plano a otro es incorrecta.

Cuarta: Dentro de las complicaciones fetales por la aplicación de ventosa no existe la parálisis braquial. La ventosa se utiliza para la extracción de la cabeza fetal. La parálisis braquial ocurre secundariamente a la dificultad para extraer los hombros fetales asociada a la distocia de hombros.

Quinta: Tras la extracción de la cabeza fetal, el expulsivo del resto del cilindro fetal se complicó con la aparición de

una distocia de hombros. La distocia de hombros es una complicación inesperada. La cabeza se encuentra en el exterior, fuera de la vulva, pero el feto no puede respirar por la gran compresión que el canal del parto ejerce sobre su tórax. Esta situación totalmente imprevisible e impredecible obliga actuar al médico con celeridad. El médico que asistió a esta paciente realizó las maniobras habituales para resolver esta complicación.

Sexta: La distocia de hombros es una complicación en la asistencia de un parto, porque se produce cuando el parto, estando la cabeza afuera, parece que ya ha terminado y en ese momento aparece la gran dificultad y (se) sabe que aun realizando todo bien y en tiempo, el resultado puede no ser óptimo.

Séptima: Es imposible predecir qué niño está en situación de riesgo de desarrollo de una distocia de hombros. Es una de las situaciones más catastróficas en la práctica de la obstetricia, con riesgo de muerte por asfixia fetal. Los profesionales que atendieron a la paciente lo hicieron de una forma rápida y adecuada, gracias a los cuales el recién nacido está vivo, y con un estado al nacimiento adecuado sin signos de sufrimiento fetal.

Octava: El recién nacido presentó una lesión del plexo braquial derecho, la cual es la secuela más frecuente de la distocia de hombros.

Novena: La parálisis braquial derecha que presentó el recién nacido fue secundaria a la aparición de una distocia de hombros. Esta complicación surgió de forma inesperada, sin sospecharse durante la evolución del trabajo de parto, que transcurrió lento pero sin incidencias. Se resolvió con celeridad salvándose la vida al recién nacido. No existió indicación de cesárea en ningún momento. La dirección y asistencia al parto en todo momento fue correcta y ajustada a la Lex Artis ad hoc".

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 25 de abril de 2013 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo el 21 de mayo siguiente un representante de los reclamantes para tomar vista y obtener copia de aquél, sin que conste la presentación de alegaciones.

OCTAVO.- Mediante oficio de 24 de julio de 2013 se requiere a los reclamantes para que especifiquen la evaluación económica de la indemnización solicitada, presentando escrito el siguiente 29 de agosto en el que solicitan una indemnización de 450.000 euros, sin mayor especificación.

NOVENO.- El 8 de noviembre de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos, que no existe mala praxis médica en la asistencia prestada a la reclamante, por lo que no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama indemnización.

DÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes están legitimados para deducir la pretensión resarcitoria por los daños, sufridos por su hijo menor de edad a que se refieren en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no hay objeciones que oponer, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- 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 sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

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

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "ciertamente 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 si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "*la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos 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 la curación del paciente*".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "*los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida*".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba. No obstante, si en el caso concreto existen elementos de juicio suficientes para resolver fundadamente y sin dudas las cuestiones planteadas, no es necesario obtener el informe de dicha Inspección, como hemos señalado en anteriores Dictámenes (vgr. el nº 193/2012), y tal es el caso que nos ocupa, según se verá en la siguiente Consideración.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. Como se desprende del Antecedente Primero, los reclamantes consideran que los daños físicos por los que reclaman indemnización (lesión del plexo braquial derecho del recién nacido, si bien en cuanto a las concretas secuelas habría que partir de lo expresado en el informe médico reseñado en el Antecedente Cuarto, para luego recabar un informe actualizado al respecto) se deben a una incorrecta actuación sanitaria en el hospital "Virgen de La Arrixaca" con motivo de la asistencia al parto realizada el 30 de agosto de 2011. En dicho Antecedente se reseñan las diferentes afirmaciones de mala praxis que los reclamantes imputan a dichos servicios sanitarios, que se resumen en que, a su juicio, la vacuoextracción del feto no estaba indicada, que fue la aplicación de la ventosa la que causó la distocia de hombros del recién nacido y que no hubo consentimiento informado para que la embarazada decidiera entre la inducción al parto o la práctica de cesárea.

A este respecto, y como hemos reiterado en supuestos análogos al presente, el hecho de que el reclamante no aporte siquiera un informe médico que respalte sus meras afirmaciones al respecto ya determinaría por sí sólo la desestimación de la reclamación, conclusión que se refuerza por el hecho de que tanto el informe de los servicios sanitarios que atendieron a la interesada como el de la aseguradora del SMS, a los que hemos de remitirnos, coinciden en que la praxis médica realizada fue plenamente correcta, y que las secuelas por las que se reclama indemnización no son imputables a la actuación sanitaria. Ambos informes razonan que la gestante ingresó en periodo activo de parto, lo que representa una urgencia obstétrica, sin constancia de complicaciones previas del embarazo, por lo que no se preveía la posibilidad de plantearse la necesidad de una cesárea; que la inducción al parto y la vacuoextracción estaba plenamente indicada frente a la cesárea, y que el parto instrumentado se realizó correctamente; asimismo resaltan de modo especial que la distocia de hombros no se produce por la aplicación de la ventosa (que sólo se utiliza para facilitar la extracción de la cabeza del feto), sino por la compresión que el canal del parto produce en ocasiones en el plexo braquial del feto, lo que es un riesgo del mismo parto y una complicación que, cuando acontece, es inevitable para la ciencia médica.

A la vista de lo anterior, no sólo no se acredita la existencia de una incorrecta praxis médica en su sentido material, sino que tampoco cabe reconocer responsabilidad alguna relativa al consentimiento informado, debiéndose traer a colación lo expresado en nuestro Dictamen nº 264/14, de 24 de septiembre:

"Asimismo, tampoco puede estimarse la alegación relativa a la falta de consentimiento informado para la realización de la episiotomía.

En primer lugar, porque, como es bien sabido, es presupuesto indispensable para considerar indemnizable una eventual falta de consentimiento informado el que el acto médico para el que se hubiera requerido el previo consentimiento sea la causa originadora de las lesiones o patologías alegadas. Y ya hemos señalado que los informes emitidos rechazan que los daños físicos a que se refiere la reclamante sean debidos a la episiotomía (en nuestro caso, la vacuoextracción de la cabeza del feto), sin que ello haya sido desvirtuado por aquélla.

En segundo lugar, y en todo caso, porque, en el supuesto que nos ocupa, no era preceptiva la obtención de consentimiento informado para la referida episiotomía. De la historia clínica se desprende que la paciente ingresó el 14 de octubre de 2007 en el hospital "Virgen de la Arrixaca" por dinámica uterina en la semana 39+3 de gestación, sin ningún antecedente o indicación de posibles complicaciones en el parto ni, en consecuencia, de la necesidad de realizar intervenciones distintas de las propias de la asistencia a un parto espontáneo; ello sin perjuicio de que, posteriormente, y en la evolución del mismo, se revelase la necesidad de realizar un parto

instrumentado, con utilización de ventosa (como alternativa técnica al fórceps) y la práctica de una episiotomía".

II. Cabe añadir que el supuesto aquí analizado es sustancialmente igual al abordado en nuestro Dictamen nº 174/2014, de 11 de junio, por lo que procede reiterar parte de lo allí expresado:

"3. Sobre la aplicación defectuosa de la ventosa que produjo la lesión del plexo braquial de la niña, afirmando por ello los reclamantes que el daño causado no obedece a la mecánica del parto, ni a una posible patología que pudiera tener la neonata.

Según explica la Inspección Médica (folio 88), la ventosa está destinada a la extracción de la cabeza fetal, pero no de los hombros; una vez exteriorizada la cabeza se procede con las maniobras oportunas destinadas a la salida de los hombros, que es donde suele tener lugar la lesión. Termina señalando que la ventosa no es la que produce la distocia de hombros, ni la parálisis braquial. En cuanto a la distocia de hombros, añade la Inspección Médica, se produce cuando el hombro anterior impacta detrás del pubis, lo que impide su adecuada rotación para completar el periodo expulsivo, afectando entre el 0,5 y 3% de la población general, siendo muy grave y poco predecible mediante la valoración aislada de los factores de riesgo. Tras otras consideraciones médicas, alcanza las conclusiones (folio 93) de que la indicación para el parto vaginal mediante ventosa obstétrica, ante los pujos inefectivos, es correcta, y su uso está destinado a la extracción de la cabeza fetal. También que la actual evidencia científica señala que la distocia de hombros es un accidente obstétrico poco predecible y que las lesiones del plexo braquial ocurren entre el 5-15% de los casos de distocia de hombros. Esta lesión cabe ser relacionada con las maniobras destinadas a la resolución de la distocia de hombros (también aparece en partos totalmente espontáneos y sin dificultad alguna, folio 91), pero éstas son imprescindibles para lograr la extracción fetal y así prevenir daños mucho más importantes, incluso la muerte neonatal.

La perito de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud también afirma, al igual que la Inspección, que la parálisis braquial no guarda relación alguna con la aplicación de la ventosa: "(...) En el caso de la paciente se daban tanto las condiciones (membranas rotas, cuello totalmente dilatado y cabeza encajada) como las indicaciones para la aplicación de la ventosa; abbreviar expulsivo tras pujos maternos inefectivos. Dentro de las complicaciones fetales por la aplicación de la ventosa, no existe la parálisis braquial. La ventosa se utiliza para la extracción de la cabeza fetal, la parálisis braquial ocurre secundariamente a la dificultad para extraer los hombros asociada a la distocia de hombros.

La distocia de hombros puede ocurrir independientemente de la forma de salida de la cabeza fetal, ocurriendo también con la salida espontánea. Si bien uno de los factores de riesgo de la distocia de hombros es el parto instrumental".

Al igual que en el informe de la Inspección Médica, la perito de la Compañía Aseguradora destaca que la distocia de hombros es un accidente obstétrico imprevisible e inesperado (folio 103, reverso):

"Quinta. Tras la extracción de la cabeza fetal el expulsivo del resto del cilindro fetal se complicó con la aparición de una distocia de hombros. La distocia de hombros es una complicación inesperada. La cabeza se encuentra en el exterior, fuera de la vulva, pero el feto no puede respirar por la gran compresión que el canal del parto ejerce sobre su tórax. Esta situación es totalmente imprevisible obliga actuar al médico con celeridad. El médico que asistió a esta paciente realizó las maniobras habituales para resolver esta complicación.

Sexta: La distocia de hombros es una complicación en la asistencia de un parto, porque se produce cuando el parto, estando la cabeza afuera parece que ya ha terminado y en ese momento aparece la gran dificultad y sabe que aun realizando todo bien y en tiempo, el resultado puede no ser óptimo.

Séptima: Es imposible predecir qué niño está en situación de riesgo de desarrollar una distocia de hombros. Es una de las situaciones más catastróficas en la práctica de la obstetricia con riesgo de muerte por asfixia fetal. Los profesionales que atendieron a la paciente lo hicieron de una forma rápida y adecuada, gracias a los cuales el recién nacido está vivo, y con un estado al nacimiento adecuado sin signos de sufrimiento fetal".

En igual sentido del carácter imprevisible de la distocia de hombros que sufrió la recién nacida, los facultativos que la atendieron del Servicio de Obstetricia y Ginecología (folio 73):

"La distocia de hombros es una de las complicaciones descritas en el parto que causa más daño por trauma al nacimiento. Es imprevisible. No existe un método efectivo para saber cuándo va a ocurrir, ni está sujeta a mala praxis de un parto instrumental. Existe una importante morbilidad neonatal y maternal descrita".

Por último, los informes médicos obrantes en el expediente permiten afirmar que la lesión del plexo braquial que presentó la recién nacida es la secuela más frecuente de la distocia de hombros (folio 16), que se produce con mayor frecuencia en los partos difíciles o que requieren maniobras o la utilización de instrumental (folio 91). Si bien, las maniobras destinadas a la resolución de la distocia de hombros son imprescindibles para lograr la extracción fetal y así prevenir daños mucho más importantes (neuroológicos) o incluso la muerte neonatal (folio 93).

Ante estos informes evacuados por quienes tienen los conocimientos técnicos y científicos adecuados para ello, las manifestaciones vertidas por los interesados en su reclamación tendentes a establecer una relación directa entre una mala ejecución de las técnicas obstétricas que se aplicaron y la lesión sufrida por la menor carecen de eficacia enervante por constituir meras afirmaciones de parte no avaladas por dictamen médico alguno, al igual que indicamos en el Dictamen núm. 201/2010. A este respecto se advierte una carencia probatoria imputable a la parte reclamante, que no ha formulado alegaciones frente a los precitados informes tras el trámite de audiencia otorgado, pese a que un representante suyo retiró copia de la documentación integrante del expediente (folio 108).

Por otro lado, no advertida mala praxis por los informes médicos precitados, el daño no puede reputarse antijurídico al no ser la actividad médica de resultado sino de medios, pues, como se afirma la Inspección Médica las maniobras destinadas a la resolución de la distocia de hombros, son imprescindibles para lograr la extracción fetal y así prevenir daños mucho más importantes, incluso la muerte neonatal.

En este sentido la Sentencia núm. 1080/2010, de 10 de diciembre, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia considera en el asunto enjuiciado que la lesión del plexo braquial no es indicativa de un mal proceder o del uso del vacuoextractor, indicando en el Fundamento Jurídico Séptimo sobre la base de los informes médicos intervenientes:

"Así, los distintos informes interviniéntes pusieron de manifiesto que la lesión del plexo braquial no es indicativa de un mal proceder o del uso del vacuoextractor (...). Por otro lado no había datos que hiciesen indicada la cesárea. Las lesiones producidas impidieron la muerte por hipoxia del feto u otro tipo de lesiones más graves.

Por último, en cuanto al consentimiento hay que decir que nos encontramos ante un parto que es un hecho natural, por lo que no se requería un consentimiento; sí lo hay en cuanto al uso de la epidural. Respecto a la cesárea, tampoco es una decisión de la madre, sino que depende de los médicos especialistas, que la tomarán a la vista de las circunstancias concurrentes.

En definitiva, no consta prueba de mala praxis médica (...)".

En igual sentido, la propuesta elevada cita la Sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de fecha 3 de julio de 2013, que expresa: "De la pericial practicada por los especialistas en ginecología y obstetricia se infiere que el riesgo de parálisis plexo braquial en partos difíciles o que requieren maniobras o la utilización de instrumental es un riesgo posible. (...) Que la mayoría de las distocias no pueden ser predichas ni prevenidas, que las lesiones fetales son frecuentes pese al uso de maniobras correctas y que al menos en un 10% de los casos existen lesiones neurológicas permanentes(...)" . Por todas estas razones no apreciamos mala praxis médica -antijuridicidad- por lo que procede la desestimación de la demanda".

III. En conclusión de todo lo expuesto, debe afirmarse que no se ha acreditado la existencia de infracción a la "lex artis ad hoc", por lo que, conforme con lo expresado en la anterior Consideración, no existe relación de causalidad adecuada, a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional, entre los daños por los que se reclama indemnización y el funcionamiento de los referidos servicios públicos, por lo que procede desestimar la reclamación de referencia.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.