



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **103/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de marzo de 2019, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 30 de agosto de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **241/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de noviembre de 2011 D.^a X presenta una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a las Administraciones públicas de acuerdo a lo que se disponía en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), vigente en ese momento.

La interesada expone en la reclamación que en el año 2010 se quedó embarazada y que, como deseaba informarse y prepararse de la mejor manera posible para el parto, durante el proceso de gestación recopiló información relativa a las prácticas médicas más habituales, su finalidad, naturaleza, indicaciones y alternativas.

Manifiesta que se informó, en particular, sobre las políticas para la humanización y mejora de la atención al parto, que se contienen en la *Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud*, y sobre las recomendaciones para la atención al parto y el nacimiento elaboradas por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social.

La reclamante explica que, como fruto de ese trabajo de investigación y de recopilación de documentación, formó su opinión y tomó decisiones informadas sobre determinadas prácticas, con la intención de transmitírselas a las personas que le asistieran durante el parto y procurarse a ella misma, y también a su futura hija, los mejores resultados posibles.

Añade que era conocedora de la existencia del *Programa de sensibilización y actualización sobre atención al parto normal* que, desde junio de 2009, se venía desarrollando en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), de Murcia, y que confió que los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y adecuarla a la

evidencia científica hubieran dado su fruto y que las personas que la atendieran actuaran conforme a esos principios.

Con esa esperanza, el 29 de noviembre de 2010 ingresó de parto en ese Hospital para dar a luz a su segunda hija, Y.

Sin embargo, la interesada denuncia que la asistencia que recibió fue muy deficientes por los siguientes motivos:

1.- Se le administró oxitocina sintética intravenosa a la fuerza, en contra de su voluntad y sin indicación alguna, lo que llevó (como consecuencia del dolor debido a la presión que ejerció la Dra. Z) a tener que aceptar la anestesia epidural. Añade que la oxitocina sintética es una antagonista de la oxitocina natural y que no se le recabó su consentimiento por escrito para administrársela.

2.- Además, cada vez que le hacían un tacto vaginal lo hacían de forma brusca y sin tener en cuenta que le producían mucho dolor.

3.- No se permitió la entrada de su marido al paritorio a pesar de que lo solicitó.

4.- Tres ginecólogas distintas le hicieron más de 6 tactos vaginales en cuatro horas. En este sentido, destaca que esas exploraciones se asocian con un incremento del riesgo de infección.

5.- Sufrió maltrato físico y psicológico, particularmente de la Dra. Z. A eso añade que le hicieron dar a luz delante de tres o cuatro personas de los cuales dos de ellos, al menos, eran residentes y estaban allí con un propósito docente que sólo redundaba en su beneficio pero no en el de ella.

6.- Añade que se le practicó la maniobra de Kristeller, lo que le produjo laceraciones y rasgaduras del canal vaginal y lesiones en los órganos internos, lo que imposibilitó sus relaciones sexuales y le provocó incontinencia urinaria.

7.- Manifiesta que fue obligada a dar a luz tumbada sobre la espalda (posición de litotomía) a pesar de que esa postura dificulta el descenso del feto e impide a la madre empujar de forma eficaz.

8.- También denuncia que un residente llevó a cabo la extracción de su hija con ventosa y que no se le informó durante el parto sobre las actuaciones que se estaban realizando ni le ofrecieron alternativas ni se le recabó su consentimiento en ningún momento.

9.- Destaca que no se adoptaron medidas para proteger su periné frente a episiotomías y desgarros.

10.- Asimismo relata que le hicieron tres cortes a pesar de que ella solicitó que no le hicieran una episiotomía. Como consecuencia de ello, recuerda que sangró mucho y resalta que padece una neuropatía del nervio pudendo. Manifiesta que sintió los pinchazos de la aguja cuando la cosían y que los asistentes le reñían para que se estuviese quieta.

11.- Relata que la incitaron a empujar todo lo fuerte que pudiera cuando la *Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad* sugiere que se le pida a la mujer que no lo haga.

12.- De igual modo, alega que se cortó el cordón umbilical inmediatamente y que eso privó a la recién nacida de un flujo sanguíneo placentario rico en hierro que previene la anemia en los primeros meses de vida.

13.- Por último, se lamenta de que se lavó y se vistió a su hija antes de que se la entregaran, por lo que se le privó del contacto inmediato con su piel.

En relación con los daños que se le causaron, la interesada explica que al día siguiente del parto no sentía el pie y que un año después no lo puede flexionar, y que cojea y tropieza. Añade que durante los días posteriores experimentó mucho dolor en la zona de la episiotomía y en la uretra, y que padeció un granuloma en la zona de la cicatriz. Insiste en que sintió mucho dolor durante los siguientes seis o siete meses.

Asimismo, expone que padece incontinencia urinaria y que se acude a rehabilitación en el momento en el que presenta la solicitud de indemnización.

De otro lado, denuncia que no experimentó ningún vínculo con su hija cuando nació y que eso le provocó que sintiera rechazo hacia ella, por lo que tuvo que recibir asistencia psicológica.

Por lo que se refiere a su vida sexual, manifiesta que no pudo tener relaciones hasta que transcurrieron seis meses desde el parto y que cuando accedió a mantenerlas se percató de que había perdido la sensibilidad en sus genitales.

De acuerdo con lo que expone, la reclamante concreta los daños que se le ocasionaron de la siguiente forma:

a) Daños físicos:

- Lesión del nervio tibial anterior, lo que produce imposibilidad de flexionar el pie derecho y mantener la carga

corporal en bipedestación.

- Lesión del nervio pudendo, lo que produce incontinencia urinaria, dolor y la imposibilidad de mantener relaciones sexuales (por el dolor y por la falta de sensibilidad).

- Micción dolorosa por laceración del esfínter uretral (consecuencia de sondar la vejiga sin cuidado).

- Cicatriz de episiotomía retráctil y dolorosa a la palpación. Esto hace que las relaciones con penetración sean dolorosas.

- Incontinencia urinaria que podría estar agravada por la debilidad acusada de la musculatura perineal.

Además, manifiesta haber sufrido los otros daños siguientes:

b) Daño psicológico, consistente posiblemente en síndrome de estrés postraumático post parto, aún en evaluación.

c) Daño moral, por el maltrato físico y verbal sufrido, por atentar contra su intimidad y su dignidad y por privarle de su derecho a tomar decisiones informadas.

d) Daño patrimonial, ocasionados por los gastos en los que tuvo que incurrir para hacer frente a tratamientos y medicamentos, que no puede ser fijado todavía porque se encuentra en proceso de diagnóstico y rehabilitación.

Finalmente, formula las siguientes conclusiones:

1.- El personal que la atendió actuó de forma contraria a la *lex artis*.

2.- Recibió un trato humillante.

3.- No se respetó su derecho a la información, a la decisión y a la elección entre las alternativas existentes previsto en la ley.

4.- Como consecuencia de la asistencia que recibió ha sufrido un daño físico, psíquico, moral y patrimonial.

5.- Esos daños son reales, efectivos, cuantificables económicamente y antijurídicos, pues no tenía la obligación de soportarlos.

La reclamante considera que los hechos descritos merecen ser considerados causa de los daños mencionados ya que son en sí mismos idóneos para producirlos según la evidencia científica y la experiencia común, por cuanto son especialmente aptos para producir un efecto lesivo.

En relación con la valoración de los daños alegados, expone que se encuentra en proceso de recuperación de sus secuelas y de obtención de un pronóstico a largo plazo de su evolución por lo que le resulta imposible cuantificarlos. No obstante, manifiesta que lo hará con ocasión de la audiencia que se le conceda.

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que pretende valerse, propone la práctica de la prueba documental consistente en los informes clínicos que acompaña con su escrito y en los que pueda aportar en el trámite de audiencia.

Asimismo, propone que se solicite la remisión de una copia de su historia clínica y de otra de la de su hija Y; del *Protocolo de atención al parto normal* del HUVA, e información acerca del nombre, formación académica, experiencia profesional, titulación y grado MIR de los miembros del personal sanitario que estuvieron presentes en su parto, así como el *Libro del residente* o *Libro del MIR* de cada una de esas personas.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación el 17 de enero de 2012, se da cuenta de su presentación a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros *Aon Gil y Carvajal, S.A.*

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA que remita copias de las historias clínicas de la interesada y de su hija Y; los informes de los profesionales que les asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación, el *Protocolo de atención al parto normal* del Hospital y una relación de los miembros del personal sanitario que asistieron al parto en la que se concrete, además, si alguno de ellos es médico interno residente (MIR) y su grado en ese caso.

TERCERO.- El 23 de abril siguiente se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud mencionada con la que se adjunta un disco compacto (CD) que contiene la historia clínica de la reclamante, una copia de la página del programa informático *SELENE* en la que se expone que no existe historia clínica en papel de la hija de la interesada y un documento titulado *Recomendaciones sobre la asistencia parto*, que sustituyen al *Protocolo de asistencia al parto normal* publicado en 2003.

De igual modo, en ese escrito se informa de que, de acuerdo con la información que se contiene en el partograma, las tocólogas que intervinieron fueron las médicas adjuntas Dras. W y G y la residente Dra. Q, que se

encuentra en su tercer año de residencia. Además, se aportan dos informes médicos.

En el primero de ellos, elaborado el 14 de abril de 2012 por la Dra. Z, especialista en Obstetricia y Ginecología, se pone de manifiesto que *"El día 29 de Noviembre de 2010, estando de guardia en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, acudió a la puerta de urgencias del Hospital Maternal [la reclamante]. La paciente acudía acompañada por una matrona tras un intento de parto vaginal en su domicilio. Durante la anamnesis nos informó de que el parto se encontraba estacionado varias horas con una dilatación de 7-8 cm. Como antecedentes personales la paciente presentaba una CESÁREA ANTERIOR. Todos estos datos pueden extraerse de la hoja de ingreso de la historia clínica, sin embargo, la reclamante no los menciona en su escrito, es más, los oculta puesto que van en contra de toda su argumentación. Por este motivo, toda su reclamación está basada en unos hechos falsos que se alejan de lo que realmente ocurrió en la asistencia a dicho parto y constituye un intento de culpar a los profesionales sanitarios del fracaso y de las supuestas secuelas que ahora presenta y que más que probablemente son consecuencia del temerario intento de llevar a cabo un parto domiciliario en una paciente con una cesárea anterior.*

Además, si la reclamante intentó llevar a cabo la asistencia a su parto en su propio domicilio, es también falso que acudiera al hospital "tras informarse sobre las políticas para la humanización y mejora de la atención al parto elaboradas por el Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones de la OMS". Su ingreso en el hospital no fue inicialmente voluntario sino forzado por el fracaso de su deseo inicial de parir en casa, por tanto es falsa también la afirmación de que era "conocedora del programa de sensibilización y actualización sobre la atención al parto normal que se desarrolla en el hospital" y que "confiaba en los esfuerzos que se estaban realizando para mejorar la calidad de la atención y adecuarla a la evidencia científica y que las personas que la atendieran en el parto, actuarían conforme a esos principios". La reclamante no acudió al hospital a parir de forma voluntaria sino empujada por unas circunstancias más que adversas tras haber puesto en peligro su vida y la de su hija que estaba por nacer.

A pesar de la gran cantidad de información científica que la reclamante dice conocer acerca de la asistencia al parto, no se encuentra bien informada acerca de qué embarazos y partos se encuentran excluidos del grupo de bajo riesgo obstétrico y que por tanto no son susceptibles de ser atendidos como un "parto normal". Por este motivo, están excluidos específicamente por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) del protocolo de asistencia al parto normal y por tanto no están sujetos a la recomendaciones recogidas en la "Guía de Práctica Clínica sobre la Asistencia al Parto Normal" elaborada por el Ministerio de Sanidad. Entre estos partos se encuentran aquéllos con cesárea anterior, como era el caso de la reclamante (...). Gran parte de la reclamación interpuesta (...) se basa en que en su parto no nos acogimos a la "Guía de Práctica Clínica sobre la Asistencia al Parto Normal", pero es que por presentar una cesárea anterior, su parto no era susceptible de ser atendido bajo estas recomendaciones.

Desde el punto de vista obstétrico, es una temeridad que la reclamante intentara inicialmente realizar dicha asistencia en un domicilio, ya que el riesgo de rotura uterina y morbi-mortalidad fetal está aumentado en este tipo de partos incluso cuando son asistidos en el medio hospitalario. Como se recogen en el protocolo de la SEGO de asistencia al parto con cesárea anterior, estos partos deben estar controlados en un centro hospitalario desde el inicio de la dinámica uterina bajo la supervisión y asistencia continua de obstetras, anestesistas, pediatras y personal de quirófano. De igual modo, se recalca en este mismo protocolo que el parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible realizar una cesárea urgente. Dudo que una cesárea urgente ante un caso de rotura uterina o sufrimiento fetal agudo pueda ser realizada por una matrona en un domicilio.

Además, su parto tampoco podía considerarse un parto normal según se recoge en el protocolo de asistencia al parto normal de la SEGO ni en la "Guía de Práctica Clínica sobre la Asistencia al Parto Normal", puesto que, como

la reclamante y la matrona que la acompañaba nos comunicaron, existía una distocia de la dilatación, ya que llevaba varias horas con 7-8 cm de dilatación, motivo por el cual, acudieron al hospital. Un parto estacionado, tampoco puede ser asistido bajo el protocolo del parto normal y se encuentra específicamente excluido por la SEGO del protocolo de asistencia al parto normal.

Igualmente, la reclamante oculta que tanto ella como la matrona que la había asistido en su domicilio, nos pidieron nada más ingresar, a los ginecólogos que nos encontrábamos de guardia que le practicáramos una cesárea puesto que el parto se encontraba estacionado y las posibilidades de parto vaginal, según ellas, estaban agotadas. Sin embargo, se procedió a realizar el ingreso de la paciente en la sala de dilatación (20 p.m.) y puesto que desconocíamos la evolución del parto y la paciente se encontraba con 8 cm creímos indicado completar el proceso de asistencia al mismo. Las distocias de la dilatación como la que presentaba la reclamante muchas veces son debidas a dinámica uterina irregular y por tanto pueden ser subsanadas con los medios que utilizamos habitualmente en el medio hospitalario.

Durante su ingreso en dilatación la paciente nunca nos comunicó un plan de parto escrito y firmado por ella, que en cualquier caso hubiera perdido validez dado que, como ya he mencionado, se encontraba fuera de los "requisitos" médicos para proceder a la asistencia de un parto normal y de bajo riesgo".

De otra parte, por lo que se refiere a la administración de oxitocina, la Dra. Z explica que estaba totalmente indicada puesto que la dilatación estaba estacionada y destaca, además, que no es una sustancia antagonista de la oxitocina natural y que se empleó para regular la dinámica uterina y hacer que las contracciones fueran sincrónicas y regulares. A eso añade que las indicaciones para el uso de la oxitocina están recogidas en una ficha técnica y que, por tanto, no existe ningún consentimiento informado que las pacientes deban firmar para autorizar su uso.

En cuanto a la analgesia epidural, expone la ginecóloga que en ningún caso se presionó a la reclamante para administrársela aunque sí que se le recomendó, de acuerdo con las indicaciones del protocolo de la SEGO en relación con la analgesia obstétrica. También añade que esa Sociedad científica, en su *Protocolo sobre asistencia al parto con cesárea previa*, considera a estas pacientes como firmes candidatas a recibir la analgesia epidural ya que mejora el manejo del parto e incrementa la tasa de éxito del parto vaginal. Asimismo, destaca que se contiene en la historia clínica el documento de consentimiento informado que firmó la paciente.

A continuación, la Dra. Z se refiere a la práctica de las exploraciones vaginales durante la dilatación y señala que "como consta en el partograma fueron realizadas exclusivamente por mí (...). En ningún caso se realizaron 6 exploraciones en 4 horas como puede comprobarse en el partograma (...). Las exploraciones son realizadas bajo estrictas medidas de asepsia (...) por lo que la exploración vaginal no es una fuente de infección nosocomial".

En relación con el acompañamiento de la paciente en la sala de dilatación, la facultativa señala que la interesada estuvo continuamente acompañada por la matrona con la que acudió al hospital, a pesar de que no es miembro del personal del centro sanitario y que en ningún momento se identificó como profesional. Asimismo, destaca que la paciente no expresó en ningún momento su deseo de que fuese su marido quien lo hiciera, en lugar de la matrona.

Por lo que respecta al maltrato físico y psicológico que la paciente asevera que sufrió por ser obligada a dar a luz

delante de tres o cuatro personas, la obstetra explica que *"es imprescindible la presencia de la matrona, la auxiliar de enfermería, el pediatra y varios ginecólogos que decidimos sobre la mejor finalización del parto"*.

Acerca de la posible realización de la maniobra de Kristeller, la Dra. Z manifiesta que en ningún momento se realizó tal maniobra, como puede comprobarse a la vista del partograma. De igual forma, explica que *"Normalmente, en la asistencia al período expulsivo del parto, un ginecólogo coloca sus manos sobre el fondo uterino para controlar la presencia de contracciones y dirigir el pujo de la paciente y realiza una ligera presión sobre el mismo para ayudar a la parturienta en este momento"*. Además, añade que se han descrito varias complicaciones asociadas con la práctica de esa maniobra -que, como se ha dicho, no se llevó a cabo- pero que la interesada no experimentó ninguna de ellas. También destaca que *"Tampoco es cierto que presentara ninguna laceración del canal del parto (vagina)"* y que por ello no se menciona en el partograma. De igual manera, la pérdida sanguínea en el parto fue normal y ese es otro dato que apunta a que la asistencia al parto transcurrió con total normalidad.

También expone que *"En cuanto a la posición de litotomía en el momento del parto, es la única manera de poder asistir a una paciente con analgesia epidural y que precisa que su parto sea instrumentado, como fue el caso de la reclamante"*.

En lo que atañe a la instrumentalización del parto con ventosa, señala la Dra. Z que *"se realizó a esta paciente para acortar el período expulsivo. Dicha indicación está recogida en el protocolo de la SEGO de asistencia al parto en pacientes con cesárea anterior y en el protocolo de la SEGO de utilización de la ventosa (...)". Por otro lado, no se solicita consentimiento a las pacientes para realizar este procedimiento que está implícito en la propia asistencia al parto"*.

Por lo que se refiere a la protección del suelo pélvico, explica que *"durante la asistencia al parto se realiza sistemáticamente en todos los partos"* y señala también que las medidas a las que la reclamante hace referencia no son aplicables a los partos instrumentados.

Asimismo, la ginecóloga se refiere a la realización de la episiotomía y destaca que *"es falso que se realizaran tres cortes, puesto que como se recoge en el partograma, la episiotomía fue medio-lateral derecha y se suturó sin incidencias (...)". La ventosa se colocó estando la cabeza fetal en un tercer plano de Hodge y tras la primera tracción, cuando la cabeza abomba en periné es el momento en el que se suele realizar la episiotomía (...). Es falso que la reclamante "sangrara mucho", como ya he señalado anteriormente, en el partograma se recoge que el sangrado durante el parto fue normal y no precisó ningún cuidado especial, como una transfusión, durante el puerperio inmediato"*.

En el informe también se expone que *"Cuando la reclamante habla de pujos dirigidos de nuevo comete un error de concepto, ya que éstos consisten (...) en sincronizar el pujo de la madre con la contracción uterina, así como con la tracción que el obstetra realiza durante el parto instrumentado, en caso de que éste lo sea (...)". Igualmente se destaca que estas medidas se recogen en la Guía de Práctica Clínica sobre la asistencia al parto normal y que, por tanto, tampoco eran aplicables en este caso.*

Además, la ginecóloga manifiesta que *"En cuanto a la asistencia al recién nacido, en un parto instrumentado es prioritario que éste sea reconocido por un médico especialista, en este caso, pediatra, como así se hizo. Una vez*

que el pediatra examina al recién nacido, éste es entregado a la madre para establecer el contacto piel-con piel. El corte precoz del cordón umbilical no se realiza cuando el parto es espontáneo y el recién nacido no precisa ser atendido por el pediatra, como se recoge en las recomendaciones de "Guía de Práctica Clínica sobre la Asistencia al Parto Normal", pero sí se realiza cuando es necesaria esta valoración precoz del neonato por parte del pediatra como era el caso".

De igual modo, esa facultativa explica que los daños que la reclamante refiere asociados a la práctica de la ventosa y de la episiotomía son infrecuentes y todos ellos reversibles y que en ningún caso se deben a una mala praxis. Añade que, en cualquier caso, esas supuestas secuelas no son atribuibles directamente a la práctica de un parto instrumentado y una episiotomía, y que no se puede demostrar la existencia de una relación de causa a efecto directa ya que muchos de estos problemas obedecen simplemente al parto vaginal en sí mismo y se pueden producir también en partos espontáneos no instrumentados y en los que no se practica episiotomía. De igual modo, señala que *"Además, teniendo en cuenta la falta de control obstétrico a la que la paciente se expuso durante todo el tiempo que permaneció intentando un parto vaginal en su domicilio, que probablemente fue superior a 24 horas, es más que probable que estos problemas puedan ser debidos a esta falta de supervisión del parto por un especialista".*

Finalmente, destaca la obstetra que *"Por otro lado, la lesión del nervio tibial anterior no puede ser atribuida al proceso del parto puesto que en los partos de paritorio de nuestro hospital los pies no están apoyados sobre ningún estribo como la reclamante dice, sino que permanecen libres y es la pantorrilla la que se encuentra apoyada sobre perneras. El resto de lesiones como la incontinencia y la dispareunia (dolor en la práctica de las relaciones sexuales) son relativamente frecuentes tras un parto vaginal y tampoco son atribuibles a una mala praxis. De igual manera, todas las horas que la paciente pasó en su domicilio intentando una dilatación que no progresaba satisfactoriamente sin ningún control médico, contribuyen a provocar una incontinencia de orina, ya que un período de dilatación muy prolongado es una de las causas de esta secuela, y no sólo el hecho de haber instrumentado su parto. Probablemente la instrumentación y el acortamiento del período expulsivo en esta paciente mejoraron o paliaron la gravedad de las secuelas que ahora dice padecer.*

En cuanto a las lesiones uretrales por laceración de esfínter que la paciente presupone que se le causó por un sondaje vesical dificultoso es de nuevo falso ya que no está recogido en ningún documento de la historia clínica ni en los informes de peritaje de las lesiones que ella misma aporta.

Por último en cuanto a las afecciones emocionales que la paciente dice padecer como consecuencia de un síndrome de estrés post-traumático post-parto, como son la falta de apego al recién nacido, la dificultad en la práctica de las relaciones sexuales y la depresión, no creo que puedan vincularse directamente a la asistencia de su parto por parte de los profesionales que la atendimos".

En segundo lugar, el informe realizado el 27 de marzo de 2012 por la matrona D.^a L, en el que expone lo siguiente:

"- El trato que esta señora recibió, en todo momento, durante su estancia en la dilatación y el paritorio fue totalmente respetuoso por parte de todo el personal del servicio, siendo informada de forma adecuada durante todo el proceso.

- Las exploraciones que se le realizaron durante la dilatación fueron las que la ginecóloga creyó conveniente como profesional (quedan reflejadas en el partograma), no siendo explorada por ninguna matrona por no ser necesario.

- Para que a una señora se le pueda poner la analgesia epidural debe rellenar un consentimiento, que debe firmar, y colaborar en su colocación, así como ir andando hasta la sala en la que se coloca, acompañada por una matrona, alejada de la dilatación en la que la señora se encontraba (dilatación 4), por lo que en ningún caso fue obligada a que se la pusiera, aunque sí se lo aconsejaron.

- Durante el parto se hizo todo de forma correcta e informando a la señora de lo que se iba haciendo. Se le dio un trato muy respetuoso, a pesar tanto de los comentarios que realizaba la señora, como de la actitud de la matrona que la acompañaba en todo momento, desde que llegó a la dilatación.

- Tras el parto instrumentado está protocolizado en la unidad que el recién nacido debe ser valorado por el pediatra, situación que también fue problemática por parte de la señora y de la matrona acompañante.

- De forma inmediata, tras el nacimiento de la niña, también entraron al partitorio su marido, que es lo habitual, y su madre, algo que se hace de forma muy excepcional y que se le hizo como un favor por ser personal sanitario.

- Tras el parto insistió que quería llevarse la placenta para poder plantar un árbol y le fue entregada sin ningún problema, algo que tampoco es nada habitual.

- De todo el proceso sólo me queda destacar que tanto la señora (...), su marido y la matrona por la que iban acompañados, pensaban en todo momento que lo que se le estaba haciendo no era "lo adecuado" y crearon situaciones muy tensas tanto en la dilatación como en el paritorio".

CUARTO.- El 12 de junio de 2012 se remite una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica y se le solicita que emita un informe valorativo de la reclamación. De igual modo, se envía otra copia a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS).

QUINTO.- Se ha aportado al procedimiento, a instancias de la empresa aseguradora del SMS, un informe pericial realizado el 13 de septiembre de 2013 por una médica especialista en Ginecología y Obstetricia en el que se formulan las siguientes conclusiones médico- periciales:

"D.^a X acudió al Hospital Virgen de la Arrixaca para ser asistida en su segundo parto, cuando llevaba varias horas de evolución del mismo en su domicilio con falta de progresión y de evolución satisfactoria.

En el hospital fue atendida según los protocolos asistenciales aceptados hoy día por las sociedades científicas de

todos los países incluida la SEGO.

La evolución fue satisfactoria y se consiguió el nacimiento de un bebé sano y sin secuelas.

La madre presentó secuelas leves e inevitables a los dos meses del parto, típicas de los partos de evolución prolongada".

Asimismo, se expone como conclusión final que "D.^a X fue atendida en el Hospital Virgen de la Arrixaca de acuerdo a la *lex artis ad hoc* por el personal médico y sanitario, poniendo todos los medios necesarios para una correcta asistencia al parto".

SEXTO.- La interesada presenta un escrito el 13 de diciembre de 2013 en el que valora los daños que alega, sin perjuicio del derecho que reserva a ampliarla de acuerdo con la evolución que puedan experimentar las secuelas que padece, en la cantidad de 265.421,47 euros, que desglosa del siguiente modo:

a) Por daños físicos: 138.323,47 euros.

b) Por lucro cesante: 8.080 euros.

c) Por daño moral; repercusiones sobre la salud sexual y reproductiva; ruptura familiar, desplazamiento y dedicación a recibir tratamientos médicos: 110.000 euros.

d) Por gastos provocados por la necesidad de recibir ayuda para la realización de ayudas domésticas: 9.018 euros.

Total: (138.323,47 + 8.080 + 110.000 + 9.018): 265.421,47 euros.

Junto con ese escrito presenta como anexos 1 a 4 los siguientes cuatro informes: Un informe de valoración del daño corporal realizado el 5 de diciembre de 2013 por la Dra. M, magister en Valoración del Daño Corporal; un informe elaborado con esa misma fecha por el Dr. N, médico ginecólogo y psiquiatra; un informe realizado el 28 de noviembre de 2013 por D.^a P, especialista en Fisioterapia Uroginecológica y Obstétrica, y un último informe elaborado el 3 de diciembre de ese año por la psicóloga D.^a R.

El órgano instructor remite en febrero de 2014 sendas copias de ese escrito, con los anexos que contiene, a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del SMS con el propósito de que se tenga en cuenta cuando se elabore el informe valorativo solicitado y por si los responsables médicos de la mercantil citada consideran

oportuno solicitar que se elabore un informe complementario del que ya remitió.

SÉPTIMO.- El 17 de abril de 2017 se recibe el informe suscrito por la Inspección Médica el día 31 de marzo de ese año, con el que se adjuntan 18 páginas de anexo documental, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

"1. D.^a X acudió a Urgencias del HCU Virgen de la Arrixaca para ser asistida de su parto activo llevando horas de evolución y habiendo fracasado su intento de parto natural en domicilio al encontrarse éste estacionado por falta de progresión en la dilatación.

2. Acudió así a Urgencias de dicho centro sanitario del Servicio Público de Salud de forma libre y voluntaria y en el ejercicio de su autonomía personal tras haber fracasado previamente la progresión y evolución del parto en el sitio que inicialmente eligió para que éste tuviera lugar (su domicilio), opción personal llevada a cabo a pesar de que las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) indiquen que con antecedentes de finalización de un parto anterior mediante cesárea, el siguiente, por seguridad tanto materna como fetal, debe llevarse a cabo en el ámbito hospitalario y con disponibilidad de los medios profesionales adecuados y suficientes a las incidencias e imprevistos de especial gravedad para ambos que durante su transcurso pueden surgir.

3. Conforme a los datos obrantes en su historia clínica el desarrollo del parto en dependencias del HCU Virgen de la Arrixaca transcurrió mediante vacuo-extracción y sin complicaciones, habiéndose con la asistencia que allí le fue prestada plenamente garantizado tanto la salud de su hija como la de la gestante y sin que conste por tanto aparición de incidencia o complicación alguna de interés durante su transcurso y hasta su finalización, habiendo nacido una niña sana que presentó un Apgar de 9/10 en escala de 10 y habiendo permanecido la reclamante hasta el día 02/12/2010, fecha en que fue finalmente dada de alta con puerperio inmediato normal y asintomática conforme se anotó en el informe clínico de alta.

4. Si bien la lesión reversible del nervio pudiendo o alguna de sus ramas puede producirse tanto por realización de episiotomía como por dilatación del canal del parto (por compresión), esta última aparenta constituir la etiología más compatible con el daño puesto de manifiesto en la electromiografía practicada posteriormente a la reclamante, por cuanto en ella no se indica existencia alguna de la axonotmesis o sección parcial o total del nervio o de alguna de sus ramas que debieran haberse objetivado en caso de haber sido la lesión causada con motivo de la episiotomía que se le practicó en el momento del parto, lo que lleva a considerar como causa más probable de tal patología reversible una lesión por compresión sobre el trayecto nervioso, presumiblemente causada por tanto en la fase de dilatación o expulsión del parto, no pudiéndose obviar que éste se encontraba estacionado al momento de acudir la reclamante a Urgencias hospitalarias y el hecho de ser tal lesión por compresión característica de partos de evolución prolongada.

5. La reclamante, que acudió libre y voluntariamente al HCU Virgen de la Arrixaca a dar a luz y finalizar un parto que había fracasado previamente en su domicilio, pudo en su lugar haber acudido libremente a cualquier otro hospital del ámbito de su asistencia sanitaria o a cualquier otro centro público o privado no acreditado por los Ministerios de Sanidad y Educación para la formación vía MIR (Médico Interno Residente) y no sujeto por tanto a sus correspondientes auditorías periódicas, en el cual sus exigencias de tratamiento y atención pudieran o no haber sido de otro modo cumplidas, más optó al contrario, empujada por la circunstancia del fracaso del parto natural en su domicilio pero de forma libre y voluntaria, por hacerlo en dicho centro del Servicio Murciano de Salud, no habiendo sin embargo lugar en tal hospital, más allá de las peticiones racionales y conformes en todo caso a la

normativa legal vigente, a imposición alguna de normas o exigencias de funcionamiento basadas en cuestiones, creencias o consideraciones personales o particulares ajenas a la práctica profesional diaria del centro y entre ellas, fundamentalmente, a la exclusión o incluso expulsión de determinado personal sanitario o auxiliar sanitario presente en el paritorio por ser el lugar donde éste presta su labor y funciones.

6. Finalmente, y conforme a los datos obrantes en su historia clínica, la atención sanitaria objeto de la presente reclamación, prestada a la reclamante por las profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCU Virgen de la Arrixaca que la atendieron desde el momento de acudir y ser ingresada por urgencias en dicho centro el 29/11/2010 y hasta el nacimiento de su hija Y a las 00.02 h del 30/11/2010, fue en todo momento correcta, acorde a su situación clínica, a las guías y protocolos del uso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y a la lex artis ad hoc, habiendo permitido finalmente dicha asistencia el nacimiento de una hija sana y sin secuelas".

OCTAVO.- El 5 de junio de 2017 se confiere el oportuno trámite de audiencia a la interesada y a la compañía aseguradora del SMS pero no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

NOVENO.- El 22 de agosto de 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 30 de agosto de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se sustancia con arreglo al régimen previsto en la LPAC dado que era la Ley que estaba vigente cuando se inició el procedimiento, de acuerdo con lo que se determina en la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), actualmente en vigor.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños patrimoniales, físicos, psicológicos y morales por los que solicita una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. La acción de resarcimiento se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el artículo 142.5 LPAC. Sin perjuicio de que se pudieran establecer *dies quo* diferentes para la interposición en plazo de acciones de resarcimiento respecto de cada uno de los daños que alega, que son de diferente naturaleza, basta en esta ocasión con recordar que la reclamación se presentó el 29 de noviembre de 2011 y que la interesada recibió el alta tras el parto el 30 de noviembre de 2010. Por lo tanto, la reclamación se presentó de manera temporánea, dentro del plazo establecido al efecto.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo previsto en el artículo 13.3 RRP dado que se ha debido esperar casi cinco años a que la Inspección Médica emitiera su informe.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"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.

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

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

2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos

en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

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

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 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Ya se ha expuesto con anterioridad que la interesada solicita una indemnización de 265.421,47 euros porque considera que no se atendió debidamente su deseo de que el parto de su hija, que tuvo lugar en el HUVA en noviembre de 2010, se desarrollara con arreglo a las previsiones que se contienen en los protocolos y guías médicas más modernos relativos al parto normal. Además, denuncia que se le prestó una asistencia médica deficiente y que se realizaron durante el parto numerosas prácticas médicas con infracción manifiesta de la *lex artis*, muchas de las cuales rozaron el maltrato físico y psicológico y lesionaron su dignidad como paciente. Asimismo, destaca que se le produjeron, como secuelas principales, la lesión del nervio pudendo y otra que afectó al movimiento del tobillo y pie derechos. Por último, manifiesta que también padeció, como consecuencia de la atención que recibió y de la situación posterior al parto, un trastorno de estrés postraumático por el que precisó asistencia psicológica.

En apoyo de su pretensión resarcitoria ha aportado al procedimiento (Antecedente sexto de este Dictamen) un informe pericial realizado por un médico ginecólogo y psiquiatra en el que se limita, en buena medida, a ofrecer un relato de lo sucedido durante el parto y después de él que se corresponde con lo expuesto por la peticionaria en su reclamación. De igual forma, enumera hasta 7 secuelas que le provocaron a la interesada pero no ofrece una valoración concluyente de la práctica ginecológica que se llevó a cabo y tampoco explica las actuaciones más correctas que, a su juicio, se deberían haber llevado a cabo en cada caso.

Asimismo, la reclamante ha presentado un informe de valoración del daño corporal realizado por una médica especialista en ese tipo de peritaciones, otro informe elaborado por una psicóloga y uno último realizado por una especialista en Fisioterapia Uroginecológica y Obstétrica. En estos dos últimos documentos, se detallan las lesiones que se le pudieron provocar a la peticionaria como consecuencia del parto.

Por otro lado, la Administración sanitaria ha traído a las presentes actuaciones el informe de la facultativa y de la matrona que atendieron a la reclamante, así como un informe pericial realizado a instancia de la compañía aseguradora del SMS y el informe valorativo de la Inspección Médica, que incorporan además las partes más determinantes de los protocolos médicos que resultaban de aplicación en este caso.

De manera muy significativa, la Doctora Z destaca que en ningún momento se pudo considerar que el parto de la reclamante fuera de bajo riesgo obstétrico y que por ello se le pudieran aplicar los protocolos médicos relativos al parto normal.

Contrariamente, advierte que a la interesada se le había practicado una cesárea por una gestación anterior y que, además, el parto estaba estacionado desde hacía varias horas, y que ese es el motivo de que acudiera al HUVA, ya que había intentado llevarlo a la práctica sin éxito en su propio domicilio -práctica contraindicada, por cierto, en las principales guías clínicas médicas actuales-. Esas dos razones explican que no se pudieran seguir en ese caso los protocolos y guías médicas a los que se ha hecho alusión.

Además, la mencionada ginecóloga ha ofrecido en su informe respuestas detalladas, punto por punto, a cada uno de los numerosos títulos de imputación de mala *praxis* que ha esgrimido la interesada, que no han sido discutidas por la reclamante durante el trámite de audiencia y que, por el contrario, han sido expresa y plenamente confirmadas y consideradas conformes por la Inspección Médica.

Por su parte, en el informe pericial que ha aportado la compañía aseguradora del SMS se concluye que la asistencia que se dispensó a la parturienta se ajustó en todo momento a las exigencias de la *lex artis ad hoc*, que la evolución de la interesada fue satisfactoria y que tan sólo se le provocaron leves secuelas que son recuperables en tiempos razonablemente breves.

No puede olvidarse que la reclamante había roto aguas 14 horas antes de que acudiera al HUVA y que, como se explica en ese informe pericial, *"la duración del parto en los casos de partos estacionados, constituye un peligro para la salud de la madre ya que puede afectar a los plexos nerviosos contiguos al canal del parto, por compresión directa durante mucho tiempo, de los mismos, con la cabeza fetal provocando la aparición de parestesias o incluso de lesiones más graves"*.

También se alude en la reclamación a la existencia de una lesión leve de varios nervios del plexo lumbar. A juicio del perito, esto se produce con relativa frecuencia en los partos estacionados y fue una de las patologías que se quiso evitar mediante la atención hospitalaria.

De igual forma, se sostiene que se produjeron alteraciones leves en el proceso de recuperación de la funcionalidad del suelo pélvico. A ello contesta el perito cuando dice que *"Es normal que en partos de fetos mayores de 3.000 grs se produzcan pequeños (por lo general), desgarros musculares del periné que retarden la recuperación posterior de la madre. En el caso que estudiamos no se produjeron desgarros musculares ni mucosos vaginales importantes, por la actuación preventiva de los médicos que realizaron una episiotomía, con un doble objetivo, a saber: facilitar la salida del feto evitando su sufrimiento prolongado, y evitar el que se produjeran desgarros perineales asociados al parto de un feto de 3.500 grs. El resultado fue satisfactorio como se objetivó por los buenos resultados perinatales. Pero a pesar de ello no se pudieron evitar algunas de las molestias o complicaciones maternas derivadas de la cicatrización de la herida de la episiotomía. En cualquier caso hubieran sido mayores y mucho más molestas las posibles complicaciones si no se hubiera realizado la episiotomía. Se hubiera producido con toda seguridad un desgarro perineal que hubiera podido afectar al esfínter anal, con la tragedia que ello supone para la vida normal de la madre. No fue la acción pretendidamente preventiva la que provocó estas leves molestias de cicatrización, sino el parto en sí y sus complicaciones posibles, que en los casos extremos como son los casos de partos abandonados sin atención médica, provocan la aparición de todas estas secuelas incluso en mucho mayor grado"*.

Por último, se debe apuntar que en el informe valorativo de la Inspección Médica, al que tanto valor atribuye siempre este Consejo Jurídico, se fundamenta de forma concreta que la lesión reversible del nervio pudiendo (Conclusión 4ª) que experimentó la peticionaria se debió producir por dilatación del canal del parto (por compresión) -y no por la episiotomía- tanto en la fase de dilatación como de expulsión de dicho parto, que se había estacionado además durante un período muy largo antes de que la reclamante acudiera al HUVA.

Asimismo, en ese informe de la Inspección Médica se formula un juicio crítico especialmente detallado y minucioso (que se estructura en 35 puntos que se desarrollan en 21 páginas del informe), que aquí no cabe reproducir, sobre la asistencia médica que se dispensó a la interesada y sobre todas las imputaciones de mala *praxis* que ha formulado.

Este Órgano consultivo no puede, por tanto, sino asumir lo que en él se dice y considerar que la atención sanitaria objeto de la presente reclamación fue en todo momento correcta y acorde con la situación clínica que presentaba

en aquel momento la interesada y con las exigencias de la *lex artis ad hoc*. En consecuencia, ello debe conducir a la desestimación de plano de la reclamación planteada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños alegados, cuya antijuridicidad tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

