



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **186/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de julio de 2013, 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 Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 25 de septiembre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **317/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 1 de agosto de 2008, x, y, en su propio nombre y en el de su hijo menor de edad, x, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS) por los daños padecidos por el menor, quien, tras nacer en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) el 15 de marzo de 2007, presentó una serie de dolencias entre las que destaca una parálisis braquial derecha.

Para los reclamantes resulta evidente que los servicios sanitarios que asistieron a la madre incurrieron en mala praxis causando los daños que sufre su hijo. Las actuaciones anómalas que se imputan a los servicios sanitarios las concretan del siguiente modo:

1. No se observaron los protocolos de inducción y distocia de parto, y prueba de ello es que el bebé nació con una serie de complicaciones consecuencia de la excesiva prolongación del parto y utilización de la ventosa para su extracción.
2. No se tuvieron en cuenta determinados factores tales como la estrechez pélvica de la madre, su talla, así como el peso y tamaño del feto, que hubieran sido determinantes para haber llevado a cabo un parto por cesárea.
3. Las circunstancias antes indicadas se podrían haber detectado antes de iniciar el parto realizando "un ultrasonido", e incluso se pudieron evidenciar en las ocasiones en las que la gestante acudió al Servicio de Urgencias del citado hospital días antes del parto.

Manifiestan los reclamantes que la evaluación económica de los daños sufridos se especificará más adelante, una vez finalicen los tratamientos médicos y quirúrgicos del menor.

Indican, asimismo, que con fecha 6 de marzo de 2009 se envió escrito al HUVA (recibido en dicho hospital el siguiente día 10 de marzo), a efectos de interrumpir el plazo de prescripción de la acción.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y designado órgano instructor, éste da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora del SMS. Asimismo se solicita al HUVA y la Gerencia de Atención Primaria, la remisión de las historias clínicas de la reclamante y de su hijo, así como informes de los profesionales que los asistieron.

TERCERO.- Se incorporan al expediente las historias clínicas del menor, tanto la procedente de Atención Primaria como la correspondiente al HUVA. Respecto de la madre sólo se hace de la relativa al HUVA, puesto que Atención Primaria informa no tener antecedentes de la misma, de donde deducen que carece de cartilla sanitaria.

Junto con la historia clínica el HUVA remite informe del Dr. x, especialista en Ginecología y Obstetricia de dicho Hospital, en el que se indica lo siguiente:

"Diagnosticamos una distocia de hombros ante la salida de la cabeza fetal del canal del parto y cuando la tracción sobre esta no logra resolver el descenso del hombro anterior, aumentando el tiempo entre la extracción de la cabeza y los hombros fetales, necesitando de maniobras obstétricas auxiliares. El diagnóstico se realiza, en el momento en el que se produce esta complicación obstétrica, no antes, es por tanto impredecible. Tiene una incidencia entre el 0.2 y 3%.

La distocia de hombros se puede presentar en diversos grados; moderadas a graves. Las maniobras obstétricas para resolver esta complicación están protocolizadas, diagnosticándose la gravedad del cuadro sobre la marcha, a medida que son necesarias maniobras más complejas. Requieren pericia, experiencia y la presencia de varios profesionales obstetras, además del pediatra y anestesista.

Las complicaciones neonatales más importantes son: lesión del plexo braquial (4-40%), fractura de clavícula o húmero, encefalopatía hipóxica isquémica con daño neurológico y la muerte fetal (hasta en un 2%). La más frecuente es la parálisis braquial, pero ésta también puede producirse en el curso de una cesárea. La morbilidad materna por DH incluye: hemorragia posparto (11%), desgarros perineales de cuarto grado (3,8%), endometritis y raramente ruptura uterina.

Por tanto, nuestros esfuerzos como obstetras van encaminados a prevenir la aparición de esta dramática complicación obstétrica. La prevención consiste en programar una cesárea y evitar el parto vaginal en aquellas pacientes que presentan factores de riesgo para desarrollar una distocia de hombros en el transcurso del parto, ya que cuando esta se presenta, las maniobras para resolverlo conllevan un alto índice de complicaciones maternas y sobre todo fetales graves. Se ha estimado, en que basándonos en este proceder, se realizan 300 cesáreas para evitar un parto con distocia de hombros. Además, hay que decir, que aunque con menos frecuencia, la lesión del plexo braquial, también se puede presentar en el transcurso de una cesárea con un feto macrosoma.

Los factores de riesgo más importantes y en los que hay una cierta evidencia científica son: feto macrosoma, diabetes gestacional y antecedente de distocia de hombros en otro parto.

Centrándonos en la reclamación de x, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Materno-infantil Virgen de la Arrixaca el 15/3/08 en torno a las 6h. Es trasladada en ambulancia tras haber llamado al 061. El juicio clínico del médico de urgencias (061) en el domicilio de la paciente es de: gestación a término. Probable parto inminente. En el hospital, la paciente es vista por el obstetra de guardia y tras la exploración e historia clínica, emite el diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas (según la paciente comenzó a mojarse a las 3h del mismo día) y ordena cursar hemograma, pruebas de coagulación y grupo Rh y su ingreso en dilatación por Rotura Prematura de Membranas (RPM) y la siguiente exploración obstétrica: cérvix centrándose, casi borrado, 2 cm. de dilatación, presentación cefálica, fluye líquido sanguinolento/teñido, para inducción del parto. En la hª clínica al ingreso consta, ¿gestación sin controlar?. No conocemos exactamente las semanas de gestación, no aporta cartilla maternal, ni ningún documento del actual embarazo. Tiene 35 años, no refiere ninguna patología y como antecedentes obstétricos refiere 6 gestaciones, 2 partos eutócicos y 3 abortos. En dilatación, el partograma se abre a las 6.20 h. A las 9 h. tras varios registros más, se registra en el partograma la siguiente exploración de la matrona: cérvix centrado, borrado, 3 cm. de dilatación. Estas son las condiciones estandarizadas universalmente en las que consideramos, se inicia el Periodo Activo de Parto (PAP). El periodo desde que se inicia la inducción hasta el inicio del PAP puede ser de hasta 12 h., obviamente si todo es normal y no surge ninguna incidencia y madre y feto están bien. A partir de este momento contabilizamos otros tiempos para considerar la no progresión del parto. A las 12.20 h. las condiciones son de 4-5 cm. de dilatación, a las 14.30 h. la dilatación es de 7-8 cm. y la presentación está en primer plano. Todo este tiempo la monitorización fetal es rigurosamente normal. En este momento mis compañeros y yo (reflejados en el partograma) entramos de guardia. Como resumen, nosotros tenemos en dilatación (además de otras pacientes, claro está) una paciente gestante a término, a la que se la ha inducido el parto por RPM, como antecedentes de interés de 2 partos eutócicos y gestación no controlada. El parto, hasta ese momento, ha transcurrido con absoluta normalidad en cuanto a progresión y estado fetal y materno. A las 16,30 h indicamos un pH fetal ante la presencia en el monitor de alguna deceleración que en principio no consideramos patológicas, pero para mayor seguridad. El pH es completamente normal (7.33 y 7.36). A las 18,30 la exploración de la paciente refleja: dilatación completa y cefálica en II-III plano es decir, periodo de expulsivo por lo que se pasa a paritorio. En paritorio y tras unos minutos de pujos de la paciente, la presentación está en III plano y OIDP. El descenso en esta posición es algo más lenta y se indica una Vacuoextracción para acortar el expulsivo. Es a partir de estas condiciones obstétricas cuando está indicada la instrumentación del parto. Se hacen dos tracciones con los pujos de la paciente y desciende la cabeza fetal hasta la vulva materna sin problemas. Se tracciona suavemente de la cabeza fetal y se comprueba que no descienden los hombros. Diagnosticamos en ese momento la distocia de hombros e inmediatamente realizamos las maniobras protocolizadas ante este cuadro: Maniobra de MacRoberts, es decir flexión máxima de las piernas de la paciente sobre las caderas, presión sobre la sínfisis del pubis materno intentando hacer entrar al hombro anterior en la pelvis, y rotación de hombros fetales con la misma intención. Estas maniobras permitieron la extracción fetal con celeridad y el recién nacido fue reanimado inmediatamente por el pediatra presente en el paritorio y ordenó su ingreso en UCI neonatal.

Hasta aquí hemos descrito los acontecimientos desde el ingreso de la paciente x hasta la finalización de su parto.

Un primer punto importante es: que, una vez diagnosticada la distocia de hombros (estábamos los facultativos de guardia en el paritorio) reaccionamos de forma adecuada y la complicación se solucionó de forma rápida, junto con la atención inmediata del pediatra, lo cual es vital para disminuir las secuelas en el recién nacido. La madre no presentó ninguna complicación. Un segundo punto importante es: ¿podíamos haber evitado la aparición de la distocia de hombros en base a los datos que teníamos de la paciente y del transcurso del parto, indicando una cesárea? Como hemos mencionado antes, los factores de riesgo con cierta evidencia científica, según la bibliografía científica universal sobre la distocia de hombros y, en la que se basan los protocolos actuales son: presencia de feto macrosoma, diabetes gestacional y antecedentes de otro parto con distocia de hombros. Pero

tienen más valor predictivo cuando hay una asociación entre ellos como feto macrosoma y madre con diabetes gestacional. Estos fetos además de ser grandes tienen una asimetría con respecto a los fetos macrosomas constitucionales, al tener el abdomen y los hombros más voluminosos. Esto explica que el mayor riesgo de distocia de hombros lo presenten fetos grandes de madres con diabetes gestacional.

El diagnóstico por ecografía de feto macrosoma en una gestación a término, presenta un alto porcentaje de error. Este diagnóstico aún es menos efectivo en una paciente de parto y con la bolsa rota, es decir sin, o con escaso líquido amniótico, lo que hace tener un gran margen de error su medida por ecografía por su mala visualización.

En el caso de esta paciente no disponíamos de información previa de su embarazo y según la hª al ingreso sin ningún tipo de control. Según se alega en la reclamación, la paciente acudió a urgencias de nuestro hospital 11 días antes, añadiendo que se podía haber aprovechado esa ocasión para diagnosticar a la paciente. Como es sabido, en urgencias se diagnostican y se tratan urgencias, aun así están sobreesaturadas. Los casos que se comprueban que no son una urgencia o se solventa esta y no es necesario su ingreso o tratamiento hospitalario, se remiten al tocólogo para continuar su estudio y control. No tenemos constancia de que la paciente acudiera a ninguna consulta de tocología, ni del hospital ni de fuera después de acudir a urgencias. Probablemente esta paciente presentara diabetes gestacional, si se hubiera diagnosticado y tratado en su momento, los resultados hubieran sido probablemente distintos. No sabemos cuáles son las razones por las que la paciente no se controló la gestación, pero en nuestro país y por tanto en el Servicio Murciano de Salud el control de la embarazada tiene una cobertura universal.

En cuanto al parto, el periodo de dilatación transcurrió con absoluta normalidad en los aspectos de progresión, así como de bienestar tanto de la madre como del feto. Teníamos como antecedentes obstétricos 2 partos eutócicos, completamente normales, como así me lo aseguró la paciente durante su estancia en dilatación. Por exploración clínica (maniobras de Leopold) podíamos tener la sospecha de ser un feto grande, pero ante la presencia de una paciente con dos partos eutócicos y la satisfactoria evolución del parto hasta el periodo de desprendimiento de los hombros, no había indicación de cesárea. Todos los días hay partos eutócicos de fetos de más de 4 Kg. Además casi el 50% de las distocias de hombros aparecen con fetos de menos de 4 Kg. Como resumen podemos concluir, que nosotros creemos que en el caso de la paciente x, como así se lo dijimos antes del alta a ella y a su marido, la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Murciano de Salud, desde su llamada al 061, su ingreso inmediato en dilatación, control continuo de la madre y del feto, su asistencia en el parto ante la aparición de una de las complicaciones más dramáticas e impredecibles de la obstetricia y su posterior tratamiento del recién nacido por el servicio de pediatría ha sido adecuada. No hubo mala praxis, nosotros no somos responsables de las secuelas de su hijo, más bien al contrario somos los responsables de que, en sus circunstancias, su hijo no tenga unas complicaciones más graves, descritas en esta patología obstétrica".

CUARTO.- Recabado informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica), el mismo se emite el 16 de abril de 2012, con las siguientes conclusiones:

"1. x es una gestante con antecedentes obstétricos de 5 gestaciones anteriores, con dos partos sin complicaciones. En la gestación objeto de la demanda, x no llevó control médico de su embarazo.

2. En nuestra Región, en todos los embarazos que se controlan por parte de la sanidad pública, se practican: Analíticas rutinarias, que hubieran objetivado si la paciente presentaba diabetes gestacional y ecografías pautadas, que hubieran podido detectar el peso del feto, aun con márgenes de error conocidos. La diabetes materna y la macrosomía fetal, son los factores de riesgo más fuertes para la distocia de hombros y el riesgo más

alto se da, cuando ambos factores coinciden.

3. x acude a Urgencias del hospital Virgen de la Arrixaca en dos ocasiones antes del parto, la primera 19 días antes y la segunda 11 días antes. En ambas ocasiones, además de que se le exploró y se realizaron monitores que comprobaron el buen estado fetal, se le remitió al tocólogo y la paciente no acudió.

4. El 15 de marzo de madrugada, la paciente es atendida en su domicilio por el 061, por presentar contracciones uterinas y rotura de la bolsa unas horas antes. Se le traslada en UCI móvil al Hospital. La paciente es atendida por los profesionales del servicio de obstetricia de acuerdo a los protocolos de atención al parto. Se le piden analíticas, ingresa en dilatación, se monitoriza de manera continua y las actuaciones quedan reflejadas en el partograma. La realización de ecografía no está recogida en protocolo; el error en la estimación del peso del feto en las ecografías es alto y cuando se ha roto la bolsa, como era el caso, aumenta.

5. No está indicada la cesárea electiva ante la sospecha de macrosomía. Casi el 50% de las distocias de hombros se producen en fetos no macrosomas. El 4% de las lesiones del plexo braquial, ocurren tras la realización de una cesárea.

6. En el parto se produce una distocia de hombros, emergencia obstétrica, que no se puede predecir ni prevenir ya que no existen métodos exactos para identificar en que parto va a ocurrir. La atención a dicha emergencia, fue correcta por parte del equipo de profesionales.

7. El niño al nacer presentaba ausencia de esfuerzo respiratorio y de latido cardíaco. Es atendido por el pediatra presente en el paritorio, que le intuba. La evolución es satisfactoria, lo que permite la extubación en horas. El niño ingresa en la UCI durante 13 días, y es alta a casa el 30 de abril, mes y medio después de su nacimiento. Es correctamente atendido por el Servicio de Pediatría durante su ingreso.

8. El niño presentó asfisia neonatal grave con riesgo neurológico, que no parece que haya tenido consecuencias y una parálisis braquial derecha, que probablemente dejará secuelas.

9. No se objetiva ninguna otra secuela. La actuación de los profesionales fue correcta".

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial colegiado realizado por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, que, tras las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluyen del siguiente modo:

"1. Se trata de un caso de recién nacido con parálisis braquial obstétrica derecha.

2. El uso de ventosa está destinado a la extracción de la cabeza fetal, por lo que no provoca parálisis braquial.

3. Los factores de riesgo de parálisis braquial que tienen mayor valor son sobre todo la macrosomía y la distocia de hombros. En el caso que nos ocupa no hubo control del embarazo por parte de la paciente por lo que no se pudo sospechar si existían factores de riesgo como macrosomía o diabetes gestacional.

4. 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, pero éstas son imprescindibles para lograr la extracción fetal y así prevenir daños mucho más importantes, incluso la muerte neonatal.

5. La distocia se solucionó con las maniobras protocolizadas para solventarlas, y además no hubo secuelas derivadas de hipoxia postparto, lo que da a entender que la resolución de la distocia fue rápida y eficaz.

6. Los profesionales actuaron en todo momento de acuerdo a Lex Artis ad hoc, sin que existan acción negligente alguna en las actuaciones analizadas".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, no consta que hicieran uso del mismo, al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para declarar la responsabilidad patrimonial.

SÉPTIMO.- En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 25 de septiembre de 2012.

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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

1. La legitimación activa corresponde a los padres, en su condición de representantes legales de su hijo menor de edad (artículo 162 del Código Civil), que es quien sufre en su persona los daños imputados a la atención sanitaria recibida. Todo ello a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el 4.1 RRP.

Del encabezado de la reclamación parece desprenderse que los padres además reclaman por el daño que ellos habrían sufrido como consecuencia de las secuelas de su hijo, para lo que también ostentarían legitimación activa aunque en este caso la misma sería directa.

En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del centro hospitalario y del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños.

2. El artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, aunque la asistencia sanitaria a la que se imputa el daño tuvo lugar el 15 de marzo de 2007 y la reclamación se interpuso el día 1 de agosto de 2008, ésta ha de entenderse presentada en plazo ya que existe documentación en el expediente acreditativa de que el menor continuó en tratamiento hasta fechas posteriores, como consecuencia del cuál mejoró de sus secuelas (vid informe electromiográfico de 19 de septiembre de 2007, en el que se indica que se constata una notable mejoría en comparación con el anterior estudio).

Por otro lado, en lo que se refiere a la posible eficacia interruptiva del escrito que, con esa finalidad, se presentó por los reclamantes, tal como recuerda el órgano instructor en su propuesta de resolución, es consolidada doctrina de este Órgano Consultivo que sólo sería posible que tal interrupción se produjese cuando la comunicación (telegrama, escrito, etc.) que se presente tenga un contenido identificable como ejercicio de tal reclamación, pero carece de él cuando responde al mero propósito de instar que se tenga por interrumpido el plazo.

3. 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 es preciso señalar que por el órgano instructor se debió requerir a los interesados, bien en el trámite de audiencia bien en cualquier otra comunicación anterior, para que concretaran las secuelas por las que reclamaban, así como para que cuantificaran la indemnización que solicitaban.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concorra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concorra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En el supuesto que nos ocupa, la argumentación de los reclamantes pivota en torno a una serie de actuaciones médicas que se califican como no ajustadas a normopraxis:

1. Errónea elección de parto vaginal.

La primera de ellas se concretaría en que, a pesar de los factores de riesgo que la paciente presentaba, no se le practicó una cesárea, optando por un parto vaginal.

Según los facultativos informantes los factores de riesgo más importantes para que se produzca una distocia de hombros son: feto macrosoma, diabetes gestacional y antecedentes de distocia de hombros en otro parto.

Cuando la reclamante ingresa en el HUVA el día 15 de marzo de 2008, presenta una rotura temprana de membrana (3 horas antes) e indica al médico de urgencias que el parto no había sido controlado, por lo que se ignoraba si existían factores de riesgo como macrosomía o diabetes gestacional.

En este sentido la Inspectora Médica señala que *"x no llevó ningún control sobre su gestación, por lo que no se le practicó ninguna exploración ecográfica, que aun cuando tienen un amplio margen de error en cuanto a la detección de fetos macrosomas, éste es mucho mayor si la ecografía se realizara con la bolsa rota tal y como se encontraba la paciente. También hay mayor incidencia de macrosomía fetal, en embarazadas con diabetes gestacional o pregestacional, y además hay un aumento de los ratios pecho/cabeza y hombros/cabeza, incrementando el riesgo de DH, independiente del peso fetal. x no refiere antecedentes de diabetes, aunque probablemente padeciera una diabetes gestacional, que se le hubiera diagnosticado, si hubiera llevado control rutinario de su embarazo"*. Lo anterior evidencia que la macrosomía por sí sola no constituye una indicación de cesárea. Sí que puede serlo cuando con ella concurren otros elementos coadyuvantes cuya existencia fue imposible determinar en el supuesto que nos ocupa, debido a que la reclamante, a pesar de tener derecho a ello, optó por no controlar la evolución de su embarazo. En cualquier caso, indica la inspectora actuante que *"no se debe realizar una cesárea electiva ante toda sospecha de macrosomía, ya que se incrementaría desproporcionalmente la tasa de cesáreas, en relación a la reducción de la tasa de DH"*. No hay que olvidar que el 4% de las lesiones del plexo braquial ocurren tras la realización de una cesárea (folio 438).

Por otro lado, como afirma la Inspectora Médica, la paciente, a su ingreso, fue atendida por los profesionales del servicio de obstetricia de acuerdo a los protocolos de atención al parto. Se le piden analíticas, ingresa en dilatación, se monitoriza de manera continua y las actuaciones quedan reflejadas en el partograma. La realización de una ecografía, como sugieren los reclamantes, no aparece recogida en el protocolo aplicable, ya que el error en la estimación del peso del feto a través de esta técnica es muy alto, y aumenta cuando, como es el caso, se ha roto la bolsa.

A lo anterior cabe añadir que la paciente, de 35 años de edad, no refirió ninguna patología y sus antecedentes obstétricos no eran evidenciadores de una posible distocia de hombros (seis gestaciones, tres abortos y dos partos eutócicos sin problema alguno).

2. Inadecuada elección de la ventosa para finalizar el parto eutócico.

Según el dictamen pericial de la aseguradora del SMS la ventosa es un sistema diseñado para la extracción de la cabeza fetal, pero no de los hombros. También el Dr. X indica que la vacuoextracción estuvo, en el presente caso, aconsejada cuando la presentación se situó en III plano y OIDP, en la que el descenso del feto es más lenta *"es a partir de estas condiciones obstétricas cuando está indicada la instrumentación del parto. Se hacen dos tracciones con los pujos de la paciente y desciende la cabeza fetal hasta la vulva materna sin problemas"*. El uso de la ventosa está destinado a la extracción de la cabeza, maniobra que culminó correctamente, sin que este instrumento intervenga para nada en las maniobras de liberación de los hombros y, por lo tanto, su utilización, que resultaba adecuada a las características del parto, no influyó para nada en la parálisis braquial que sufrió el menor.

3. Mala resolución de la distocia de hombros.

A tenor de los informes médicos que obran incorporados al procedimiento, la distocia de hombros se puede definir como la falta de paso espontánea de los hombros a través de la pelvis, una vez extraída la cabeza fetal. Ante una distocia de hombros la secuencia de maniobras de primer nivel a realizar, atendiendo a las consideraciones contenidas en los informes médicos, sería, en primer lugar, la denominada de McRoberts, que consiste en replegar en una posición flexionada las piernas de la madre, al tiempo que se ejerce una presión suprapúbica. Si esta maniobra no tiene éxito se aplican, sucesivamente, otras encaminadas a liberar los hombros, todas las cuales pueden suponer, en algunos casos, una lesión del plexo braquial, aunque también es cierto que esta última puede producirse pese a que no se haya dado la distocia e incluso se han descrito, como decíamos antes, en nacimientos por cesárea, pero tanto la Inspectora Médica como los facultativos de la aseguradora coinciden en afirmar que la aplicación de una o varias de las maniobras descritas es absolutamente necesaria para la salida de los hombros que ha de producirse cuanto antes, dado que en esta situación se produce una interrupción del aporte de oxígeno al feto que puede ocasionar una hipoxia de gravísimas consecuencias, es decir, que estas maniobras a pesar del riesgo de parálisis braquial que suponen, son imprescindibles para salvar la vida del feto.

En la historia clínica correspondiente al parto y en los distintos informes de los profesionales que lo asistieron se indica que se produjo una distocia de hombros, por lo que se realizó la maniobra de Mc-Roberts (presión suprapúbica y rotación de hombros fetales) incluida entre las protocolizadas para solventarla, cuya ejecución han considerado ajustada a normopraxis los facultativos que han emitido informe en el expediente. Así la Inspección Médica señala que la atención a la emergencia que supuso la aparición de la distocia de hombros fue correcta. Los peritos de la aseguradora, por su parte, afirman que las maniobras llevadas a cabo fueron ajustadas a *lex artis* como lo demuestra el hecho de que el niño naciese sin signos hipóxicos.

4. Deficiente actuación del servicio de urgencias.

Según los reclamantes los facultativos que atendieron a la gestante cuando acudió al servicio de urgencias días

antes del alumbramiento (el 24 de febrero y el 4 de marzo), tenían que haber detectado la macrosomía del feto y los problemas que podían presentarse en el parto.

La Inspectora Médica indica que en la primera visita al citado servicio la paciente refirió *"vómitos abundantes, dolor de cabeza y contracciones"*, síntomas de los que fue atendida correctamente (no hay que olvidar que se trata de un servicio de urgencias): se la explora, se la somete a una monitorización (con resultado de normalidad) y se descarta la existencia de una patología de urgencia que requiriese su ingreso. Se deriva a la paciente al tocólogo, al que nunca acudió.

En la segunda visita la x refiere dinámica uterina. De nuevo se la explora con el siguiente resultado *"el cuello está formado, posterior, borrado al 20%, se realiza otro monitor que es reactivo y variable (normal), no hay dinámica de período activo de parto, por tanto no hay criterios de ingreso (según la guía de asistencia al parto de la SEGO). De nuevo se le indica el control de la gestación en la zona y de nuevo, no acude"*.

Por su parte el informe de la aseguradora indica que aun el caso de que se hubiese practicado una ecografía en el servicio de urgencias, está *"no está destinada a evaluar de una manera detallada la anatomía y biometría fetal"*, para obtener conclusiones sobre estos parámetros se hace necesario un seguimiento a lo largo de la evolución del embarazo.

Para los facultativos informantes la actuación de los servicios de urgencia del HUVA fue ajustada a normopraxis.

Con los datos expuestos y avalados por la prueba practicada por la Administración, cabe concluir que la decisión de elegir el parto vaginal frente a la cesárea fue correcta y legítima desde el punto de vista de la *lex artis*, y que una vez iniciado el parto vaginal las actuaciones médicas que se llevaron a cabo se ajustaron en todo caso a normopraxis, de forma que la parálisis braquial que presentó el hijo de los reclamantes al nacer no puede considerarse consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario público.

Cabe también señalar que frente a la valoración técnica que la Administración ha realizado a través del informe de la Inspección Médica (órgano administrativo totalmente ajeno a los servicios facultativos intervinientes), y de la que se puede concluir que no existe relación de causalidad, los interesados podrían haber aportado otro u otros informes médicos que avalaran sus afirmaciones. No ha sido así, sin embargo, y ello a pesar de que, conforme a los artículos 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y 6 RRP, la existencia de nexo causal es cuestión a acreditar por el reclamante.

Finalmente, con independencia de la corrección médica que pudiera merecer la actuación los profesionales sanitarios que intervinieron en el parto de la reclamante y la ausencia de antijuridicidad en la parálisis braquial que presentó el menor al nacer, se ha de destacar que los reclamantes no han acreditado que el menor tuviese secuelas en el momento de presentar la reclamación o en el posterior que se habilitó para formular alegaciones. En efecto, la Inspectora Médica en su informe resalta la documentación integrante de la historia clínica en la que se va recogiendo la evolución favorable del menor: *"el EMG muestra una notable mejoría, con signos claros de reinervación en la musculatura dependiente del tronco medio y superior (fundamentalmente y más estable el superior) sin mostrar signos de reinervación en la musculatura de la mano, dependiente del tronco posterior a nivel C8-T1, por lo que la médico rehabilitadora refiere que no hay indicación de cirugía. En la revisión de 2008 objetiva una luxación de codo, se remite al niño a traumatología infantil y es operado según recoge su pediatra de primaria"*

en febrero de 2008", sin que aparezcan más datos en el expediente. Resulta, por lo tanto, que los reclamantes no han acreditado las secuelas que el menor pudiera presentar después de haberse sometido a tratamiento quirúrgico y rehabilitador, sin que tampoco hayan procedido a cuantificar el daño que alegan haber padecido, a pesar de que se les dio trámite de audiencia en el que podrían haber llevado a cabo dichas actuaciones, por lo que en ningún caso cabe entender que concurre en este supuesto la efectividad del daño que exige el artículo 139 LPAC.

En consecuencia, a juicio del Consejo Jurídico no ha sido acreditado por los reclamantes, sobre quienes recae la carga de la prueba, ni resulta del expediente, que se haya producido una violación de la *lex artis* médica en la prestación sanitaria desplegada por los facultativos integrados en el sistema de salud regional.

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, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.