Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **83/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de abril de 2022, 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 14 de diciembre de 2021 (COMINTER 370052 2021 12 14 11 10) y disco compacto (CD) recibido el día siguiente, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, en representación de su hijo Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_345), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 31 de julio de 2019, D.ª X, actuando en nombre y representación de su hijo Y, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional, asistida por una abogada del Ilustre Colegio de Alicante.

En ella solicita una indemnización por las lesiones que sufrió su hijo Y como consecuencia de la asistencia que se le dispensó durante su primera gestación y el parto que se produjo el 11 de agosto de 2018 en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia, debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

De forma más concreta, relata que tenía en aquel momento 29 años y que padecía diabetes mellitus tipo I, en tratamiento con bomba de insulina, y que se la estaba tratando en el Servicio de Endocrinología del HUVA. Añade que durante el embarazo se le diagnosticó diabetes pregestacional tipo I. Por ello, seguía revisiones en consultas de Prenatal y de Diabetes Gestacional en dicho hospital y, también, controles periódicos de glucemias. Asimismo, se le efectuaban los reajustes precisos en el tratamiento de la diabetes. Durante la gestación presentó igualmente un hipotiroidismo gestacional que se trató con *Eutirox*.

Expone la reclamante que se sometió a controles ecográficos protocolizados los días 2 de febrero; 7 de marzo; 6 de abril; 2 de mayo; 6 de junio, 6 de julio y 6 de agosto de 2018. Relata que, precisamente, ese último día, en la revisión con el endocrinólogo, se indicó la inducción del parto por diabetes pregestacional tres días más tarde, es decir, el 9 de agosto, en la semana 38+1 de gestación.

La interesada destaca que la diabetes pregestacional evolucionaba de forma desfavorable y que los controles mostraban resultados muy variables y que, pese a todo, se la programó para inducirle el parto.

Seguidamente, explica que ese día ingresó en el HUVA para inducción al parto con *Propress*, y que el 11 de agosto, a las 3:18 h, se alcanzó el diagnóstico definitivo de desproporción pélvico-fetal y que se indicó la realización de una cesárea urgente. Sin embargo, a las 3:50 h se iniciaron los trabajos para efectuar un parto vaginal.

Al llegar al III plano, se aplicó ventosa tipo *Kiwi* para aliviar el expulsivo, dado que sufría dolor y mucho cansancio. Tras una episiotomía medio lateral derecha, se consiguió la extracción de la cabeza fetal después de tres tracciones, pero no el descenso de los hombros. Se realizaron maniobras de primer nivel sin éxito (presión suprapúbica, horizontalización de la paciente, rotación de la cabeza fetal) y maniobras de segundo nivel, lo que permitió la extracción manual del hombro posterior y facilitó la salida del otro hombro.

La interesada relata que el nacimiento (alumbramiento espontáneo) se produjo a las 4:30 h y que su hijo recién nacido presentó una frecuencia cardiaca inferior a 100 latidos por minuto, hipotonía y ausencia de esfuerzo respiratorio (APGAR 5-7-8). Se aspiraron secreciones y se inició estimulación y ventilación con presión positiva intermitente (VPPI) consiguiendo llanto y esfuerzo respiratorio eficaz al minuto 4-5.

Así pues, resalta que no se llevó a efecto la cesárea urgente que se había indicado, sino un parto inducido mediante anestesia epidural que fue terminado con ventosa.

Ante la persistencia de la hipotonía, escasa movilidad espontánea con quejido y tiraje subcostal leve, se ingresó a su hijo en Neonatología. Se le administró oxigenoterapia en incubadora, lo que produjo mejoría del *distress* y vitalidad, aunque el menor presentaba escasa movilidad del miembro superior derecho. El miembro superior izquierdo mantenía movilidad espontánea. En la exploración el peso fue de 4.670 kg y se auscultó un soplo sistólico más audible en mesocardio.

Cuando su hijo recibió el alta en ese último Servicio médico, el miembro superior derecho no tenía movilidad espontánea y conservaba cierta prensión palmar.

Manifiesta la reclamante que al niño se le valoró en Cardiología Pediátrica al tercer día de vida. Inicialmente, se le diagnosticó de cardiopatía hipertrófica con función cardíaca normal (por complicación de hijo de madre diabética). Se le dio el alta al recién nacido en el Servicio de Neonatología, por mejoría, el 16 de agosto, con los siguientes diagnósticos:

- Distrés respiratorio transitorio.
- Hipoglucemias.
- Hijo de madre insulinodependiente.
- Hiperbilirrubinemia no inmune multifactorial.
- Distocia de hombros.
- Parálisis braquial superior-leve a nivel inferior.
- Pérdida de bienestar fetal leve.

Se le valoró de nuevo el 22 de agosto de 2018 por ausencia de movilidad de miembro superior derecho, que no ha mejorado.

El 10 de septiembre de 2018 fue derivado desde el HUVA, para valoración, a los Hospitales Universitarios *Vall d´Hebrón* y *Sant Joan de Deu* de Barcelona, por lesión de plexo braquial C5, C6 y C7.

Se valoró por parte de Traumatología, el día 18 de octubre, en el Hospital *Vithas Medimar* de Vitoria, donde se emitió el diagnóstico de parálisis braquial obstétrica severa C5 y C6 y moderada C7, y se recomendó fisioterapia y revisión al mes.

El 25 de octubre de 2018 se emitió *Informe de salud* para la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia ante el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS). El diagnóstico fue parálisis de Erb debida a traumatismo del nacimiento y parálisis de Klumpke causada por traumatismo del nacimiento.

Con fecha 29 de octubre de 2018 se realizó una electromiografía que arrojó el siguiente resultado: *"Los hallazgos electromiográficos ponen de manifiesto la presencia de signos de denervación-reinervación crónica en la*

musculatura dependiente de los miotomas C5, C6 y C7 derechos, junto a una reducción de la amplitud de los potenciales sensitivos evocados, sugestivo de una afectación de los troncos superior y, en menor medida, medio del plexo braquial derecho".

El 10 de enero de 2019 fue intervenido de parálisis braquial obstétrica en el Hospital General de Alicante, una cirugía de la máxima dificultad, sin que se produjeran complicaciones.

Con efectos del 3 de diciembre de 2018, el IMAS reconoció al menor una minusvalía en un grado total del 34% (monoparesia, lesión del plexo braquial, grado de limitaciones de actividad del 33% y factores sociales complementarios de 1%).

La interesada explica que, en la actualidad, su hijo continúa en seguimiento en el Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGURS) de Murcia. También expone que el menor está pendiente de que se le practique una segunda cirugía para tratar de repararle la lesión de parálisis braquial obstétrica que se le causó en el HUVA.

En relación con las secuelas que se le provocaron, en el escrito de reclamación incorpora el contenido, según se explica, de un informe de valoración del Daño Corporal elaborado el 5 de julio de 2019 por un médico-perito valorador, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

"1.- Que Y sufre un accidente durante el parto, a consecuencia del cual sufrió: PBO derecho y torticolis derecho. Parálisis Braquial obstétrica.

Parálisis de Erb debido a traumatismo del nacimiento.

2.- Que dichas lesiones, tras haber recibido el tratamiento médico oportuno, sus lesiones experimentan una poco favorable [evolución]*, presentando en la actualidad como secuelas:*

Plejia por lesión plexo braquial (tipo ERB-DUCHENE) (raíces C5-C6) que valoro: 40 puntos.

Perjuicio Estético Medio que valoro 21 puntos.

3.- Estas lesiones sí han ocasionado Incapacidad Temporal para desarrollar su ocupación o actividad habitual; sí han precisado intervención quirúrgica y sí han precisado estancia hospitalaria.

4.- Que sus lesiones han requerido de un periodo de estabilización lesional de 214 días, produciendo un Perjuicio Temporal Grave de 8 días y un Perjuicio Temporal Moderado de 206 días".

La reclamante advierte que ese informe es anterior a la presentación de la solicitud de indemnización y que dichas lesiones pueden precisar tratamientos posteriores, que no han sido valorados ni cuantificados. Adelanta que, en el supuesto de que se tengan que llevar a cabo dichos tratamientos, se peritarán y valorarán convenientemente.

Por lo que se refiere a la valoración económica de dichos daños personales, explica que lo lleva a cabo con arreglo a lo que establece la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que es el baremo que resulta legalmente aplicable para las lesiones en el ámbito sanitario.

La cuantificación de los daños causados sería la siguiente:

a) Perjuicio Personal Particular por pérdida temporal de calidad de vida – total, 214 días de los cuales:

- Atendiendo a este criterio, se deben considerar 206 días moderados, desde el 17 de agosto de 2018 al 12 de

marzo de 2019 (excepto los días 10 y 11 de enero de 2019), 11.084,86 €.

- Atendiendo a este mismo criterio, se deben considerar 8 días graves, desde el 11 al 16 de agosto de 2018 y los días 10 y 11 de enero de 2019, 620,88 €.

b) Perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas. Grupo VIII: 1627 Cirugía reconstructiva del plexo braquial, 1.655,73 €.

c) Secuelas:

- Anatómicas y funcionales: 01075 Plejia por lesión plexo braquial (tipo Erb-Duchene) (raíces C5-C6) (30 a 40 puntos) Atendiendo a este criterio, debemos considerar 40 puntos - Total perjuicio fisiológico: 40 puntos, 86.123,49 €.

- Perjuicio Estético Medio de 14 a 21 puntos. (11003) Atendiendo a este criterio, debemos considerar 21 puntos, 32.252,18 €.

d) Perjuicio Personal Particular:

- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas: Presenta. Grado: Moderado-Nivel: Alto, 40.000 €.

- Perjuicio Patrimonial: Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura. Existe (tabla 2.C.l Baremo)- F 01075 Plejia por lesión plexo braquial (tipo ERB - Duchene) (raíces C5-C6), 4.000 €.

- Necesidad de ayuda de terceras personas tras estabilización: Precisa. Tabla 2.C.2 de 1 a 2 horas: 2 horas. 24.863,19 €.

Por tanto, solicita una indemnización total de 201.320,33 €, aunque debiera decir mejor 200.600,33 €, sin perjuicio de las actualizaciones legales que correspondan en el momento en que se ponga término al procedimiento.

Reitera que las graves secuelas que se le han causado a su hijo obedecen a una asistencia sanitaria deficiente, inadecuada, negligente y contraria a la *lex artis ad hoc*, que se prestó tanto durante el embarazo como en el parto, y que revisten carácter tanto funcional como estético. Resalta que también se le ha ocasionado una importante minusvalía.

Para justificar los errores en los que se incurrió, incorpora el contenido del que parece ser un extenso informe pericial elaborado por un médico especialista en Obstetricia y Ginecología, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

"Primera. Incorrecta realización de las biometrías con el consiguiente error en el cálculo del peso fetal por ecografía.

Segunda. La diabetes pregestacional presenta un riesgo de macrosomía fetal, sobre todo si hay un incorrecto control metabólico (hiperglicemias).

Tercera. La macrosomía fetal (peso >4500 gr) y la diabetes pregestacional es indicación absoluta de cesárea, que no se realiza por la infraestimación del peso fetal. Se debe realizar cesárea porque ambas condiciones incrementan las complicaciones neonatales; como lo son la asfixia perinatal, distocia de hombros y lesión del Plexo braquial que se presenta en la (interesada)*.*

Cuarta. Ante la aparición de una distocia de hombros se inician una serie de maniobras para solventarla. La secuenciación de las maniobras tiene como objetivo final obtener un feto sin lesiones o sin lesiones graves. A lo largo del procedimiento se produjo una praxis incorrecta que originó la lesión fetal grave y permanente.

Quinta Las lesiones producidas son derivadas de la incorrecta resolución de la distocia de hombros.

Puede afirmarse que nunca se producirá la total recuperación del brazo derecho.

Sexta. No puede descartarse nuevas intervenciones paliativas en un futuro.

Séptimo. Como consecuencia de la intervención presenta un perjuicio estético permanente. Es probable el perjuicio dinámico y funcional del brazo derecho. Una actuación obstétrica correcta hubiera evitado la PBO y sus lesiones permanentes.

Octavo. Describen dos técnicas quirúrgicas en la paciente, lo cual es falso".

Por lo que se refiere a los medios de prueba de los que se pretende valerse, propone la documental consistente en las copias de los siguientes:

1.- De los historiales clínicos de la reclamante y de su hijo, facilitados por el SMS.

2.- Del Informe del Jefe de Sección y Coordinador de la Unidad de Cirugía del Miembro Superior y de Plexo Braquial del Hospital *Vithas Mediamar Internacional*, de 18 octubre 2018, en el que se diagnostica parálisis braquial obstétrica, PBO D C5, C6, C7, severa C5, C6 y moderada C7.

3.- Del Informe del Servicio de Rehabilitación, de 19 de octubre de 2018, del HUVA, en el que se expresa el diagnóstico de parálisis braquial completa derecha, con afectación de C5-C6-C7 y C8.

4.- Del Informe de Electromiografía, de 29 de octubre de 2018, del Servicio de Neurofisiología Clínica del Centro de Salud de El Esparragal, Consultorio de Cobatillas, del SMS.

5.- Del Informe quirúrgico del Hospital General de Alicante, de 10 de enero de 2019, en el que se refiere la parálisis braquial obstétrica del hijo de la interesada.

6.- Del Informe del IMAS, Dirección General del Pensiones, Valoración y Programas de Inclusión, acreditativo de la minusvalía del hijo de la reclamante, grado 34 %.

7.- De un informe sobre el tratamiento de terapia ocupacional dispensado en el *Centro Micos (Fisioterapia Pediátrica y Salud de la Mujer)*, de Elche (Alicante).

8.- Del Informe del Director de la Unidad de Cirugía de Extremidad Superior y Microcirugía Pediátrica en el Hospital *Vall d'Hebron* y también en el *Centro Médico Teknon* y en el grupo de *Mikel Sánchez (UCA)* en Vitoria, sobre la necesidad de una segunda cirugía como tratamiento reparador de la lesión de parálisis braquial obstétrica causada a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Asimismo, propone la práctica de la prueba pericial consistente en los dos informes elaborados, respectivamente, por un médico valorador del Daño Personal, domiciliado en Alicante, y de un especialista en Obstetricia y Ginecología, a los que ya se hizo alusión. No obstante, se advierte que este último informe no está debidamente firmado.

También se constata, por último, que aunque la reclamación está encabezada por el nombre de la interesada y que en ella se dice que la letrada sólo asume la dirección técnica, lo cierto es que no aparece tampoco estampada la firma de la reclamante sino la electrónica de la abogada, que es quien entonces firma la solicitud de indemnización.

SEGUNDO.- Una vez subsanado el defecto de representación del que adolecía la solicitud de indemnización, ésta se admite a trámite el 19 de noviembre de 2019 y dos días más tarde se da cuenta de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, ese mismo día 21 de noviembre se demanda a las Direcciones de varios hospitales [Hospital General Universitario de Alicante; Hospital Universitario *Vall d´Hebrón* de Barcelona; *Centro Médico Teknon-Grupo Quirón Salud*, de Barcelona, Hospital *Vithas San José* de Vitoria y *Centro Micos (Fisioterapia Pediátrica y Salud de la Mujer)* de Elche (Alicante)] que remitan copia de las historias clínicas de la interesada y de su hijo de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que los asistieron.

El 22 de noviembre se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud-HUVA y a la del Área de Salud VII-HGURS que aporten copias de las historias clínicas de la interesada y de su hijo, tanto de Atención Primaria como Especializada, de las que dispongan, y los informes de los facultativos que los atendieron.

TERCERO.- El 2 de diciembre de 2019 se recibe la documentación enviada por el *Centro Micos (Fisioterapia Pediátrica y Salud de la Mujer)* de Elche. En ese documento realizado conjuntamente -pero no debidamente firmado- por una terapeuta ocupacional y una fisioterapeuta pediátrica se contiene la siguiente conclusión:

"En cuanto al área motora, comentar que Y, debido a la patología descrita, se encuentra por debajo de su grupo normativo. No obstante destacar que la evolución al tratamiento recibido en el hospital de Murcia está siendo muy positiva, por lo que se recomienda continuar con el tratamiento recibido hasta ahora. Si el mismo llegara a disminuir de intensidad, recomendamos continuar con el tratamiento de fisioterapia, con la finalidad de garantizar una continuidad del tratamiento y, por lo tanto, mejora de la movilidad, amplitud articular, activación muscular y desarrollo postural del niño".

CUARTO.- Con fecha 5 de diciembre de 2019 se recibe la información clínica, tanto de Atención Primaria como Especializada, remitida en dos discos compactos (CDs) por la Dirección Gerencia del Área de Salud VII-HGURS.

QUINTO.- El 11 de diciembre de 2019 se recibe un escrito del Director Gerente del *Centro Médico Teknon-Grupo Quirón Salud* en el que informa de que el centro médico no ha atendido a la reclamante, motivo por el cuál no puede aportar ni su historial clínico ni informe alguno sobre los hechos relatados en la reclamación. En ese sentido, explica que se trata de un centro privado de carácter abierto en el que los médicos desarrollan su actividad libre profesional bajo su exclusiva responsabilidad profesional y organizativa. Por ello, sugiere que esa documentación e información se soliciten al Dr. D. Z, médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

SEXTO.- Se recibe, el 13 de diciembre de 2019, una comunicación del Subdirector de Relaciones Laborales del Hospital General *Vall d´ Hebrón* de Barcelona con el que adjunta un certificado de que no constan episodios de asistencia al hijo de la interesada en ese centro hospitalario.

SÉPTIMO.- Dicho 13 de diciembre se recibe un escrito de la Jefe de Sección de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital General de Alicante con el que acompaña una copia de la historia clínica del hijo de la interesada y el informe de funcionamiento emitido el 26 de noviembre de 2019 por el Jefe de Servicio de Traumatología, Unidad de Miembro Superior, Cirugía de Plexo Braquial, que es del siguiente tenor literal:

"Paciente intervenido de parálisis braquial obstétrica el día 10-1-2019 sin complicaciones. La actuación en nuestro servicio ha sido conforme a la práctica habitual del centro. Se adjuntan informes de alta y seguimiento. Se adjuntan protocolos, guías hojas de información y consentimientos".

Con fecha 20 de diciembre de 2019 se recibe un segundo escrito con el que se acompaña un CD con la copia de las pruebas de imagen que se realizaron al paciente, que no se remitieron con la historia clínica.

OCTAVO.- El 24 de febrero de 2020 se reitera a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y al Hospital *Vithas San José* de Vitoria las solicitudes de información y documentación que ya se habían formulado.

NOVENO.- El 27 de febrero de 2020 se reciben las copias de las historias clínicas de la interesada y de su hijo que se habían requerido a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y dos informes médicos.

El primero de ellos es el elaborado el 3 de febrero de 2020 por la Dra. D.ª P, facultativa especialista del Servicio de Pediatría, que es del siguiente tenor literal:

"- Recién nacido atendido en Unidad de Neonatología.

- Me remito a las notas evolutivas diarias y al informe de alta, corroborándome en los diagnósticos emitidos".

El segundo es el realizado el 7 de febrero de 2020 por el Dr. D. Q, Jefe de Sección de Cardiología Pediátrica, en el que se expone lo que sigue:

"Paciente remitido a Cardiología Pediátrica al tercer día de vida por antecedente de diabetes gestacional materna

y macrosomía (peso elevado). Diagnosticado inicialmente de miocardiopatía hipertrófica del hijo de madre diabética por engrosamiento de paredes cardíacas (grosor del septo interventricular por encima del límite superior para la edad), manteniendo función cardíaca normal. Dado que el problema es transitorio, se realizó un control ecocardiográfico a los 3 meses de edad, constatándose la resolución del problema; el paciente fue dado de alta. Se remitió de nuevo a los 11 meses de edad por auscultación de soplo, siendo diagnosticado de comunicación interventricular muscular pequeña. Actualmente continúa en seguimiento.

La diabetes materna supone un problema durante el desarrollo de la gestación, ya que el comportamiento anormal de los niveles de glucosa en la madre puede producir aumento de niveles de glucosa en el feto, que induce a su vez un aumento de crecimiento del mismo. Esto afecta también a los órganos fetales, cuyo tamaño puede estar aumentado. En el caso del corazón, se puede producir un engrosamiento de sus paredes musculares que se conoce con el nombre de miocardiopatía hipertrófica. Este problema es habitualmente leve y transitorio, aunque en algunos casos graves puede producir alteraciones de la función del corazón. En el caso que nos ocupa, la enfermedad tuvo un carácter muy leve y desapareció espontáneamente.

Se ha descrito un aumento de incidencia de malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. Las malformaciones afectan fundamentalmente a los sistemas cardiovascular, nervioso, gastrointestinal y genitourinario, y se relacionan especialmente con diabetes mal controladas y/o de gran duración. En el paciente que nos ocupa se diagnosticó una comunicación interventricular muscular; este defecto, aunque en sentido estricto es una cardiopatía congénita, es tan frecuente que su existencia no se puede atribuir fehacientemente a la existencia de diabetes materna. En cualquier caso, se trata de un problema muy leve, ya que su repercusión sobre la función del corazón es prácticamente nula y en la mayoría de casos se corrige espontáneamente".

De igual modo, se anuncia en el escrito que se enviará por correo un CD que contiene las imágenes radiológicas que se le realizaron al menor.

DÉCIMO.- El 15 de abril se recibe el informe remitido por dicha Dirección y Gerencia y suscrito por el Dr. D. R, facultativo especialista del Servicio de Ginecología del HUVA, en el que se expone lo siguiente:

"La [reclamante] *a los 29 años de edad presenta su primer embarazo, es diabética pregestacional, concretamente presenta un Diabetes Mellitus tipo I controlado con Bomba de Insulina, es controlada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca por el servicio de Ginecología y Obstetricia, y el Servicio de Endocrinología.*

A lo largo de su embarazo los controles ecográficos están a favor de un feto con desarrollo normal, con una biometría con valores normales entre el 10 y 90° percentil. En la Ecografía de las 28 semanas de gestación y 6 días se estima un peso de 1506 g lo que corresponde a un percentil 73º; en las 33 semanas de gestación y 1 día se estima un peso de 2056 g lo que corresponde a un percentil 28º, y en la última ecografía realizada en la semana 36 y 5 días se estima un peso de 3233 g lo que corresponde a un percentil 80°. En ninguna ecografía se sospechó una Macrosomía, es decir, un peso fetal superior al 90° percentil o superior a 4000 g.

La ecografía nos permite estimar el peso fetal, lo que es de gran ayuda a la hora del manejo del embarazo, pero dicha estimación posee un margen de error del 20%. La ecografía a la hora de diagnosticar un feto Macrosoma (feto con un peso superior al 90° percentil o superior a 4000 g) posee una sensibilidad del 56% y una Especificidad del 92%. La sensibilidad nos indica la capacidad de una prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos, esto significa que la estimación del peso fetal por ecografía permite el diagnóstico del 56% de los fetos realmente Macrosomas, en cambio el 44% de los fetos realmente Macrosomas no serán diagnosticados. La especificidad, al contrario, nos indica la capacidad de una prueba para detectar la ausencia de la enfermedad en sujetos sanos, esto significa que la estimación del peso fetal por ecografía permite el afirmar que un feto no tiene Macrosomía correctamente en el 92% de los casos, en cambio el 8% de los fetos serán considerado s Macrosomas

erróneamente. A esto le añadimos que la precisión de la ecografía, para la estimación del feto fetal, disminuye si el peso fetal real es superior a 4000 g, disminuye aún más si el peso es superior a 4500 g, permitiendo únicamente el diagnóstico del 33-44% de los fetos con peso realmente mayor de 4500 g.

En conclusión, estimar correctamente el peso de un feto es difícil, sobre todo si el peso real del feto es superior 4000 g, y aún más si el peso es mayor de 4500 g. Sin embargo, no poseemos ninguna otra herramienta más precisa para diagnosticar a fetos Macrosomas, y en consecuencia somos conscientes de nuestras limitaciones.

No existe consenso en la definición de Distocia de Hombros, pero podría definirse como la detención del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros después del fracaso de aplicar tracción de la cabeza fetal hacia debajo.

La Distocia de Hombros aparece como complicación en el 0,2-3% de los partos vaginales. Es la complicación del parto que causa más daño, con una importante morbi-mortalidad neonatal y materna que van desde la Muerte del recién nacido, Encefalopatía hipóxico-isquémica, Parálisis Plexo Braquial, Desgarro perineal del IIIº y IV°, Hemorragia postparto con su riesgo vital intrínseco.

La lesión del plexo braquial es una de las complicaciones fetales más importantes y se presenta alrededor del 2,3-16% de estos partos. La mayoría se resuelve sin dejar ningún tipo de incapacidad siendo menos del 10% los casos que permanecen con alguna disfunción neurológica.

Tanto nuestra Sociedad científica, como las Sociedades científicas de otros países como EE.UU., Reino Unido o Francia, afirman que la Distocia de Hombros es un evento impredecible; el riesgo de lesión permanente del plexo braquial es virtualmente imposible de predecir. Aunque el peso fetal estimado sea superior o igual a 4000 g, la distocia de hombros no se puede predecir ni por las características clínicas ni por la evolución del parto y, por tanto, la distocia de hombros no constituye una evidencia de mala praxis. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) concluye que la distocia de hombros no se puede predecir ni prevenir ya que no existe ningún método para identificar los fetos que sufrirán esta complicación.

Aunque la macrosomía fetal es el factor de riesgo más importante, su valor en la prevención de la Distocia de Hombros es bajo. La mayoría de los recién nacidos con peso al nacimiento mayor de 4500 gramos no desarrollan esta complicación y, aproximadamente, la mitad de los casos de Distocia de Hombros se presentan en recién nacidos menores de 4000 gramos.

Es razonable ofrecer una cesárea profiláctica cuando el peso fetal estimado es mayor de 4.500 gramos en gestantes diabéticas, sin embargo, las herramientas de las que disponemos para estimar el peso fetal son limitadas presentan un margen de error importante como hemos visto anteriormente. Esta recomendación no posee una "indicación absoluta" sino que está definida como una recomendación de grado C, es decir una recomendación basada en la opinión de expertos o en un panel de consenso, recoge un nivel de evidencia IV, lejos de una recomendación de grado A con nivel de evidencia I que podría considerarse o más próximo a una "indicación absoluta".

Se acompaña una abundante bibliografía y protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

(SEGO) relativos al *Parto instrumental* (septiembre de 2013) y a la *Distocia de hombros* (Guía práctica de asistencia publicada en abril de 2015).

UNDÉCIMO.- Con fecha 5 de mayo de 2020 se recibe el informe realizado el 30 de abril anterior por el Dr. D. S, Jefe de Sección de Obstetricia del HUVA, en el que se explica lo siguiente acerca de los controles del embarazo que se realizaron en la Unidad de Medicina Materno-Fetal:

"- 02/02/2018 (11+1 sem). Medicina Fetal. Dra. (…). *Cribado combinado con bajo riesgo de cromosomopatías. Cita en semana 16 en Consulta de Diabetes.*

- 07/03/2018 (15+6 sem) Consulta de Diabetes. Dra. (…). *Ecografía sin hallazgos significativos.*

- 06/04/2018 (20+1 sem) Medicina Fetal. Dra. (…). *Ecografía morfológica sin hallazgos anormales.*

- 02/05/2018 (23+6 sem) Consulta de Diabetes. Dra. (…). *Ecografía básica de control sin hallazgos patológicos.*

- 06/06/2018 (28+6 sem) Consulta de Diabetes. Dra. (…). *Control de crecimiento fetal normal. Peso estimado fetal (PEF): 1506 gr.*

- 06/0712018 (33+1 sem). Consulta de Diabetes. Dra. (…). *Control de crecimiento fetal normal, aunque se aprecia una infraestimación del perímetro abdominal tras examen de las imágenes ecográficas. PEF: 2056 gr.*

- 31/0712018 (36+5 sem). Unidad de Día Obstétrica. Dra. (…). *Control de crecimiento fetal normal. PEF: 3233 gr.*

- 06/08/2018 (37+4 sem). Unidad de Día Obstétrica. Dra. (…). *Ecografía de bienestar fetal con polihidramnios. Doble halo abdominal según investigación posterior. Hipoglucemias nocturnas que motivan la decisión de inducir el parto, junto con los hallazgos ecográficos.*

A continuación, muestro las curvas de crecimiento fetal, donde se puede ver como la curva de peso se encuentra dentro de lo normal (quitando la infraestimación de peso en semana 33, se puede apreciar una curva de peso (PFE) homogénea, alrededor del percentil 90 de peso según curvas españolas). La curva de circunferencia abdominal (PA) también muestra un crecimiento dentro de los estándares. Me refiero a la circunferencia abdominal como un Yador indirecto de macrosomía, con posible incremento del riesgo de distocia de hombros en el parto.

(…).

El concepto de macrosomía es un concepto referido siempre al neonato, considerando la macrosomía de grado 1 cuando el peso al nacimiento se encuentra entre 4000 - 4499 gramos, de grado 2 entre 4500 - 4999 gr y grado 3 cuando es mayor de 5000 gr.

En la vida intrauterina no podemos hablar de macrosomía ya que la ecografía solo ESTIMA pesos, con un margen importante de error en el cálculo, debido a la distribución de grasa del feto, con cuantificable por ecografía. Usamos los percentiles de peso para valorar crecimiento fetal, y el cálculo del peso se hace únicamente para tomar una decisión acerca de la vía del parto. De esta forma, cuando el feto tiene un PEF de más de 5000 gr en madres no diabéticas está recomendada una cesárea para prevenir la distocia de hombros.

En la gestante diabética pregestacional, como es el caso que nos lleva, el punto de corte se encuentra en 4500 gr, lejano del estimado. Por lo tanto, la vía de parto elegida para finalizar el embarazo fue la adecuada, considerando siempre las limitaciones de la ecografía en los cálculos de peso fetal.

La UMMF ha participado hasta el momento de la decisión de inducir el parto, sin intervenir en la asistencia al parto. No puedo responder a la pregunta de por qué aparece un informe de cesárea y otro de parto en la misma paciente.

En lo que respecta al control del embarazo, he de manifestar lo siguiente:

• El control del embarazo no tuvo incidencia alguna, y se realizó con los estándares habituales de la Consulta de Diabetes con control mixto entre Endocrino y Obstetra.

• No podíamos indicar cesárea programada, ya que el PEF era menor de 4500 gr por ecografía. Que luego pesara el feto 4760 gr se debe a la variabilidad extrema de las estimaciones de peso en las diabéticas. No obstante, el protocolo de la SEGO de distocia de hombros habla de pesos fetales ESTIMADOS, no considera el peso fetal al nacimiento. Por lo tanto, no podemos hacer una presunción de mala praxis retrospectivamente. La conducta se tomó sobre la estimación de peso por eco en el momento de la asistencia, como establece el protocolo.

• No puedo estar de acuerdo con la ganancia estimada de peso referida por el perito de parte, ya que muestro en el informe una curva de peso estimado que nunca llegaría a los 4500 gr en semana 40".

DUODÉCIMO.- El 4 de junio de 2020 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

DÉCIMOTERCERO.- Obra en el expediente el informe pericial elaborado el 23 de julio de 2020, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Obstetricia y Ginecología en el que se recogen las siguientes conclusiones médico-periciales:

"1. (La interesada) *presenta una diabetes tipo 1 controlada con bomba de insulina cuando queda embarazada de su primera gestación.*

2. El control médico efectuado durante su embarazo, desde el punto de vista de paciente embarazada que presenta una diabetes pregestacional, como desde el de paciente diabética que queda embarazada, se ajusta a protocolos asistenciales, tanto desde el punto de vista obstétrico como endocrinológico.

3. La indicación de inducción en la semana 30 responde a uno de los supuestos propuestos por la SEGO para el caso de diabetes gestacional.

4. La elección de la vía de parto vaginal se realiza en base a la estimación ecográfica de peso fetal por debajo de 4500 gr.

5. La estimación de peso fetal por ecografía no deja de ser más que una estimación en base a la medida de determinados parámetros fetales y en función de tablas de peso, pero no es en absoluto una balanza de precisión. Por tanto, dicha estimación está sujeta a una variabilidad que en caso de fetos de más de 4000 gr. Se puede estimar en un 20% y ésta es mayor al final del embarazo.

6. La aplicación de ventosa obstétrica se realiza según indicaciones de la SEGO y cumpliendo los criterios de instrumentalización (presentación cefálica, III-IV plano de Hodge) y no superando el máximo número de tracciones (se realizan 3 tracciones).

7. Una vez detectada una distocia de hombros, ésta es resuelta mediante la utilización de maniobras de segundo nivel tras fracasar las de primer nivel.

8. La distocia de hombros es un evento impredecible que no se puede predecir ni prevenir.

9. Y padece una lesión del plexo braquial englobada dentro del diagnóstico de parálisis braquial obstétrica. Hecho descrito con una frecuencia próxima al 50% de los casos en los que aparece una distocia de hombros no solucionable con maniobras de primer nivel. Y ésta aparece a pesar de establecer dichas maniobras de manera adecuada. Ya que la PBO está descrita también en partos espontáneos sin ningún tipo de sobretracción añadida.

10. Aunque la existencia de una distocia de hombros es un factor predisponente descrito para que se produzca una PBO, no podemos achacar directamente la producción de la misma a las maniobras realizadas para su solución, ni al mal desarrollo de las mismas, puesto que la PBO puede ocurrir en partos absolutamente normales sin ningún tipo de sobre-tracción.

11. Y padece una cardiopatía hipertrófica sin consecuencias. Hecho que acontece con frecuencia en hijos de madres diabéticas".

Además, se formula siguiente conclusión final:

"De la documentación revisada puedo concluir que el control obstétrico durante el segundo embarazo, control del proceso de parto y asistencia al período de expulsivo realizado por el servicio de ginecología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia a Dª X se ajusta fielmente a las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y por tanto es acorde a Lex Artis".

Se envía una copia de este informe a la Inspección Médica el 3 de agosto de 2020.

DECIMOCUARTO.- El 2 de febrero de 2021 se notifica al SMS el oficio del Letrado de la Administración de Justicia, de 28 de enero de ese año, por el que en los autos del procedimiento ordinario núm. 431/2020 que se sigue ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo nº 1 del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, se admite a trámite el recurso de esa naturaleza promovido por la interesada contra la desestimación presunta de su solicitud de indemnización.

También se solicita que se remita a dicho órgano jurisdiccional el expediente administrativo y que se efectúen los emplazamientos de los interesados en el referido procedimiento, lo que se lleva debidamente a efecto.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 11 de junio de 2021 se recibe el informe elaborado por la Dra. D.ª T, facultativa especialista en Obstetricia y Ginecología, en el que expone lo que se reproduce a continuación:

"- Efectivamente, el 11 de Agosto de 2018 la paciente tuvo un parto vía vaginal asistido por vacuo mediante Kiwi, en el cual se produjo una distocia de hombros que logró resolverse con las maniobras creadas a tal efecto.

- En la documentación adjuntada, aparece una hoja de protocolo quirúrgico que no tiene validez legal, ya que se trata de un formulario y no es un informe definitivo. Con la intención de adelantar trabajo, es habitual que, en el período de la residencia, se rellenen pre-formularios que después se validan o no dependiendo de lo finalmente acontecido. En este caso yo misma lo realicé con ese objetivo, ya que existía la posibilidad de que se realizara una cesárea. Finalmente se indicó parto vaginal ya que la presentación fetal y evolución del parto orientaban a que esa sería la mejor opción".

Sendas copias de este informe se envían a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS el 18 de junio de 2021.

DECIMOSEXTO.- El 26 de julio de 2021 se recibe el informe elaborado ese mismo día por la Inspección Médica en el que se exponen las siguientes conclusiones:

"1.- D.ª X, primigesta de 28 años, estaba diagnosticada de diabetes pregestacional tipo I. Durante su embarazo llevó el seguimiento adecuado en los Servicios de Obstetricia y Endocrinología en el Hospital Virgen de la Arrixaca.

2.- El control metabólico de su diabetes fue correcto, se realizaron los controles glucémicos precisos y se fue reajustando la dosis de insulina en función de los valores de glucemia. El control gestacional fue el adecuado a

una gestante con diabetes pregestacional. Se realizaron los controles ecográficos protocolizados y recomendados por la SEGO.

3.- Los facultativos decidieron correctamente la inducción del parto en la semana 38, siguiendo la recomendación de la SEGO para gestantes diabéticas.

4.- Los valores ecográficos de biometría fetal y estimación del peso fetal no superaron el percentil 90, ni un peso estimado mayor a 4000 gr. Basándose en los criterios de la SEGO y los protocolos establecidos en la literatura por los obstetras se decidió adecuadamente optar por el parto vaginal.

5.- Tras la salida de la cabeza fetal se presentó una distocia de hombros que se resolvió aplicando las maniobras establecidas en las guías clínicas para los partos distócicos.

6.- Consecuencia del parto distócico, el recién nacido Y sufrió una parálisis braquial obstétrica con lesión de las raíces C5, C6 y C7 que precisó intervención quirúrgica.

7.- Teniendo en cuenta el peso fetal estimado en la ecografía de la semana 36+5 (3233 gr) y el peso al ingreso en Neonatología el día del nacimiento (4670 gr), así como el error admisible en la estimación del peso fetal por ecografía; consideramos que los valores de los parámetros de biometría fetal de la última ecografía fueron inexactos. No podemos determinar el motivo por el que dichos valores no se correspondieron con los reales.

8.- Por tanto, consideramos que la actuación de los facultativos se basó en los datos ecográficos que se obtuvieron en la última ecografía y la indicación de parto vaginal fue correcta. Ante la distocia de hombros durante el parto, se actuó adecuadamente siguiendo los protocolos establecidos. La parálisis braquial obstétrica producida durante un parto distócico está ampliamente documentada en la literatura. Evidentemente la estimación del peso en la ecografía de la semana 36+5 fue inexacta, sin embargo, no es posible determinar con certeza el motivo por el que esta valoración no se correspondió con la real”.

El 18 de octubre de 2021 se envía una copia de este informe al Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia.

DECIMOSÉPTIMO.- El 20 de octubre de 2021 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes. Sin embargo, no consta que alguna de ellas haya hecho uso de este derecho.

DECIMOCTAVO.- Con fecha 13 de diciembre de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir 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 y CD recibidos, respectivamente, los días 14 y 15 de diciembre de 2021 en este Consejo Jurídico.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

La reclamación se ha presentado por una persona legitimada para ello ya que ostenta la representación legal del

menor ex articulo 162 del Código Civil, según se deduce del examen del expediente administrativo. Por ello, goza de la condición de interesada a los efectos previstos en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

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

II. Como dispone el artículo 67.1 LPACAP, 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 la determinación del alcance de las secuelas.

En el supuesto que nos ocupa, el nacimiento del hijo de la reclamante se produjo el 11 de agosto de 2018 y la acción de resarcimiento se interpuso el 31 de julio siguiente. La interesada considera en su escrito inicial un período de estabilización lesional de 214 días. En consecuencia, resulta evidente que la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó dentro del plazo legalmente establecido al efecto y, por ello, de forma temporánea.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

De otra parte, conviene realizar una breve consideración acerca de una circunstancia que se ha producido durante la tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial. Así, hay que recordar que la interesada aportó al procedimiento un informe médico pericial que no estaba debidamente firmado por su autor.

Así pues, resulta necesario efectuar alguna indicación acerca del valor que se debe atribuir en sede administrativa a un informe o dictamen pericial aportado por la parte reclamante en el que se advierta ese defecto, como ya se hizo en nuestros anteriores Dictámenes núms. 316/2018 y 423/2019 y 25/2020, entre otros.

En ese sentido, se debe recordar que el artículo 336.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) establece que *"Los dictámenes se formularán por escrito"* y que el artículo 346 de ese mismo Cuerpo legal dispone que *"El perito que el tribunal designe emitirá por escrito su dictamen"*.

Aunque no se diga expresamente en la LEC, resulta evidente que quien haya elaborado el dictamen correspondiente debe asumir su autoría por medio de la firma. No hace falta incidir en el hecho de que la firma manuscrita constituye el modo más frecuente -aunque no el único- de acreditar la autoría de cualquier documento, y que la circunstancia de que ésta no se pueda demostrar de ese modo impide que se pueda atribuir a ese instrumento el carácter de auténtica prueba pericial.

Acerca de esta cuestión se debe recordar que varias resoluciones judiciales [como la Sentencia núm. 38/2005, de 10 octubre, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (Sala de lo Civil y Penal, Sección1ª); la núm. 220/2003, de 16 septiembre, de la Audiencia Provincial de Jaén (Sección 2ª); la núm. 349/2005, de 24 noviembre, de la Audiencia Provincial de Murcia (Sección 5ª), y la núm. 357/2009, de 25 junio, de la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 14ª)] atribuyen a los dictámenes periciales que no reúnan las condiciones que se imponen en la LEC (particularmente, en el artículo 335) el valor de documento privado. Por tanto, ese es el carácter que se debe atribuir a ese tipo de informes no firmados por su autor cuando en un procedimiento se lleve a cabo la valoración de la prueba que se haya practicado.

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 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 l esiones 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-Adm inistrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Como se ha expuesto, la interesada solicita que se reconozca el derecho de su hijo a percibir una indemnización total 201.320,33 € como consecuencia, primordialmente, de la lesión de plexo braquial que sufrió durante su

nacimiento, el 11 de agosto de 2018, en el HUVA. De acuerdo con la información que se contiene en el expediente, hay que entender que la miocardiopatía hipertrófica que también sufría se terminó por resolver y que la comunicación interventricular que padece el menor en la actualidad no se puede atribuir, específicamente, al proceso asistencial al que se ha hecho mención.

La reclamante considera que se indujo indebidamente el parto; que no se atendió la indicación de cesárea urgente que se había hecho y que se llevó a cabo, también de forma inapropiada en su caso un parto vaginal que, además, se concluyó con ventosa. Por su parte, el perito del que se ha servido para plantear la reclamación ha sostenido, asimismo, que se resolvió de manera incorrecta la distocia de hombros que se presentó en el parto y que ese fue el motivo concreto que provocó la parálisis braquial obstétrica que ya se ha citado.

Pues bien, se debe destacar, en primer lugar, que no cabe dudar de las lesiones que alega la interesada, sino que, por el contrario, hay que entender que en este caso se produjo un daño real y efectivo que afectó al hijo de la interesada. Basta para ello con atender a los documentos clínicos que acompañó la reclamación y a la abundante documentación de esa naturaleza que se ha aportado asimismo al procedimiento.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que ha presentado un informe pericial, elaborado por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, aunque no debidamente firmado, en el que se sostiene que se le dispensó unas asistencias ginecológica y obstétrica contrarias a la *lex artis* y que los motivos que alega determinaron los daños que se le ocasionaron a su hijo.

La Administración sanitaria, por su parte, ha aportado las historias clínicas de la interesada y de su hijo -como ya se ha señalado- y los detallados informes de los distintos facultativos que los asistieron. De manera concreta, resultan de notable interés los informes de los Dres. R, facultativo especialista de Ginecología (Antecedente décimo de este Dictamen), S, Jefe de Sección de Obstetricia (Antecedente undécimo) y de la Dra. T (Antecedente decimoquinto).

II. A pesar de que, como se ha adelantado, la reclamante ha aportado un informe pericial realizado a su instancia, este Consejo Jurídico debe estar para la resolución de esta controversia al parecer técnico que ha expresado la Inspección Médica, de conformidad con lo que ya ha expuesto en numerosos Dictámenes, en los que reconoce una importante significación a los informes elaborados por dicho Servicio de Inspección. Así, como ya dejó señalado en su Dictamen núm. 190/2015, la actuación de los inspectores que los realizan está presidida por los principios de profesionalidad, imparcialidad, objetividad e independencia de criterio, a los que se une la situación de independencia personal y profesional en la que se encuentran respecto de las partes implicadas y los hechos cuestionados.

En ese mismo sentido, en los Dictámenes núms. 78 y 219 de 2019 también se admitió, respectivamente, que se debe conferir a esos informes *“una especial relevancia por la imparcialidad e independencia de criterio y por la alta capacitación técnica que son propias de sus miembros”*, y que de la Inspección Médica *“deben destacarse sus cualidades de independencia y objetividad”*.

Por tanto, se debe tener en cuenta, en primer lugar, el informe que la Inspección Médica ha realizado en este caso (Antecedente decimosexto). En él se explica que una de las dos desviaciones anómalas más típicas del crecimiento fetal es, por exceso, el feto macrosomático. También se precisa que *macrosomía* es el término que se utiliza para describir a un niño recién nacido demasiado grande y que, en términos generales, se acepta que eso sucede cuando pesa más de 4.000 gr.

De igual modo, se recuerda que la macrosomía fetal puede asociarse con diferentes factores de riesgo de la madre, entre ellos la diabetes materna. Seguidamente se expone que *“La macrosomía fetal es difícil de predecir ya que los métodos disponibles para su diagnóstico son muy imprecisos. La valoración clínica y ecográfica del peso fetal está expuesta a presentar grandes errores de estimación. En la actualidad la ecografía fetal es el método más comúnmente utilizado para la determinación del peso fetal, sin embargo, esta técnica exploratoria sólo permite evaluar el crecimiento de una forma aproximada, y son habituales errores entre un 10 y un 20 %, siendo el rango medio de error de 300 a 500 g”*.

No obstante, se alude a dos estudios que arrojan *“una tasa de error promedio para la detección de fetos macrosomas del 13,5% (577 g)”,* que *“puede llegar al 15%”*.

Por lo que se refiere a la vía de elección del parto en mujeres diabéticas, se señala que *"es la vaginal. Las indicaciones de cesárea son las mismas que para las gestantes sin diabetes, a excepción de que el peso fetal estimado supere los 4.500 gr o exista el antecedente de una distocia de hombros en una gestación anterior.*

Para la mayoría de los autores, en la actualidad está indicada la realización de una cesárea electiva en mujeres diabéticas con un peso fetal estimado mayor de 4.500 g".

Acerca de la distocia de hombros, se advierte que *"Los nacidos de madres diabéticas presentan un riesgo de 2 a 4 veces superior si se comparan con niños del mismo peso de madres no diabéticas"*. De otro lado, respecto de la parálisis braquial obstétrica se precisa que se *"relaciona con la distocia de hombros, y su principal factor de riesgo es la macrosomía"*. Y se añade que *"El principal factor de riesgo de la parálisis braquial obstétrica es la macrosomía fetal (peso al nacimiento > 4.000 g). La distocia de hombros es un importante predictor de plexopatía braquial. Otros factores implicados son el parto instrumental y algunas variables maternas, como la edad, la primiparidad y la diabetes gestacional"*.

A continuación, se señala que la reclamante, diabética gestacional, se sometió a todos los controles de embarazo que estaban protocolizados. En Endocrinología se le hicieron los correspondientes seguimientos para su diabetes y el tratamiento con insulina se ajustó en todo momento en base a los valores hallados en los análisis de control. En Obstetricia el control del embarazo se hizo según estándares establecidos sin presentarse incidencias. Así se recoge en las Conclusiones 1ª y 2ª de ese Informe.

De igual modo, se considera (Conclusiones 3ª y 4ª) que, de acuerdo con los protocolos de la SEGO, la inducción del parto en la semana 38 fue correcta y que también lo fue la decisión de optar por el parto vaginal (Conclusión 8ª *in fine*).

Con posterioridad, se lleva a cabo una valoración detallada de los parámetros de la biometría fetal y la estimación del peso en la ecografía de la semana 36+5 (3233 gr) y su relación con el peso al nacimiento en la semana 38+3 (4670 gr), dado que la diferencia, en 10 días de gestación, fue de 1437 gr.

Se explica asimismo que, si se admitiese que el error en la estimación del peso fetal por ecografía puede estar situado entre el 10 y 20%, los resultados serían entonces los siguientes:

1.- Para un error del 10%: 3233 x 10:100 = 323,3 gr. Para este error el peso sería 3233 + 323 = 3556 gr.

2.- Para un error del 20%: 3233 x 20:100 = 646 gr. Para este error el peso sería 3233 +646 = 3879 gr.

Por lo tanto, se argumenta que el peso real del feto en la semana 36+5 podía estar entre: 3233gr y 3879gr. Así pues, el peso máximo por ecografía habría sido de 3879 gr. Con estos valores de peso no estaba indicada la cesárea, a juicio de la Inspección Médica.

También se expone en el informe en los 10 días previos al parto el feto habría aumentado de peso 541 gr. Y se añade que el aumento de peso en las últimas semanas de gestación habitualmente oscila entre 200 y 250 gr. No obstante, en el caso del hijo de la interesada, la diferencia con el peso al nacimiento pudo estar entre 791 y 1437 gr.

Esos datos conducen a la Inspección Médica a reconocer que los valores de los parámetros de la biometría fetal de la última ecografía fueron inexactos pero que, sin embargo, no se puede determinar con certeza el motivo por el que dichos valores no se correspondieron con los reales (Conclusiones 7ª y 8ª *in fine*).

No cabe duda de que, tras la salida de la cabeza fetal se presentó una distocia de hombros que se resolvió aplicando las maniobras establecidas en las guías clínicas para los partos distócicos (Conclusión 5ª) y los protocolos establecidos (Conclusión 8ª).

No obstante, se considera que la actuación de los facultativos se basó en los datos ecográficos que se obtuvieron en la última ecografía y que la indicación de parto vaginal fue correcta (Conclusión 8ª), sin que se pueda entender que se vulnerase de alguna forma la *lex artis ad hoc* en este caso y que se produjera un mal funcionamiento del

servicio sanitario regional.

En este caso, además, se debe tomar en consideración el informe pericial presentado por la compañía aseguradora del SMS (Antecedente decimotercero) dado que resulta coincidente con el de la Inspección Médica.

Así, para el perito médico de la aseguradora, tanto el control gestacional de la interesada (embarazada con diabetes pregestacional) el metabólico (de una paciente diabética que queda embarazada) fueron correctos (Conclusión 2ª); Y se actuó con sometimiento a las recomendaciones y con sujeción a los criterios de la SEGO respecto del control ecográfico realizado durante el embarazo, a la decisión de inducir el parto en la semana 38 (Conclusión 3ª), a la decisión, asimismo, de optar por parto por vía vaginal y no abdominal (cesárea) (Conclusión 4ª) y de emplear la instrumentación con ventosa (Conclusión 6ª) y a la manera en que se completó el expulsivo en un caso de distocia de hombros (Conclusión 7ª).

De forma particular, manifiesta su coincidencia con las afirmaciones que realiza el Dr. R en su informe (Antecedente décimo de este Dictamen), en el sentido de que la estimación del peso fetal por ecografía tiene un porcentaje de error comprendido entre el 10 y el 15%, y que es mayor del 20% en casos de pesos superiores a 4000 gr (y por debajo de 2000 gr).

De igual modo, recuerda que la aparición de una distocia de hombros esta descrita con una frecuencia del 25% de los fetos de más de 4500 gr y aún mayor si, además, la madre es diabética, y que la parálisis braquial obstétrica aparece en más del 50% de los casos de distocia de hombros (Conclusión 9ª). No obstante, precisa que es un evento impredecible que no se puede predecir ni prevenir (Conclusión 8ª).

A juicio de este perito, el control obstétrico durante el embarazo, el control del proceso de parto y la asistencia en el período de expulsivo que se llevaron a cabo se ajustaron fielmente a las recomendaciones de la SEGO y fueron, por tanto, acordes con las exigencias de la *lex artis*.

En estos informes, por tanto, se exponen consideraciones muy similares a las que se recogen en los informes de los facultativos que asistieron a la reclamante, es decir, los de los Dres. R y S que, lógicamente, son especialistas en la misma disciplina médica (Ginecología y Obstetricia) que el perito de la interesada.

Sólo resta por realizar una especial consideración acerca de la alegación que se formula en la reclamación sobre que se hubiese indicado en este caso la realización de una cesárea urgente, que fue luego desatendida, y que se hubiese optado por un parto (por vía vaginal).

En este sentido, la Dra. T reconoció en su informe (Antecedente decimoquinto) que ella había cumplimentado una hoja de protocolo quirúrgico con la indicación de dicha cesárea urgente. Sin embargo, también pudo explicar que lo hizo con la intención de adelantar trabajo, en el período de la residencia, dado que existía la posibilidad de que se tuviese que adoptar esa decisión. No obstante, dado que finalmente se indicó parto vaginal, ya que la presentación fetal y la evolución del parto orientaban a que esa sería la mejor opción, no se debe atribuir mayor valor a ese documento.

Esa misma apreciación se contiene en el informe de la Inspección Médica. Así, se explica en él (folio 231) que *"En cuanto al protocolo quirúrgico de cesárea urgente lo realizan de forma habitual como formulario los residentes de Obstetricia y Ginecología en aquellas gestantes en las que exista la posibilidad de cesárea"*. Pero se destaca que *"No se trata de un informe definitivo, y tampoco es un documento válido ya que no tiene la firma de un facultativo"*, circunstancia esta última que se ha podido comprobar en este Consejo Jurídico.

En consecuencia, aunque se admite que se produjo en este caso un daño real y efectivo individualizado en la persona del hijo de la interesada, no se ha podido constatar que revista carácter antijurídico ni que exista una relación de causalidad adecuada entre dicha lesión y el funcionamiento del servicio sanitario regional, lo que debe suponer la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

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 normal del servicio sanitario regional y el daño que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.