



## Dictamen nº 150/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de junio 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 8 de febrero de 2022 (COMINTER 33674 2022 02 08-01\_30) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y y D.<sup>a</sup> Z, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022\_038), aprobando el siguiente Dictamen.

### **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.** - Con fecha 14 de diciembre de 2015, un abogado, en nombre y representación de D. Y y D.<sup>a</sup> Z (en adelante los reclamantes), actuando en su propio nombre y en representación de su hijo menor P, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud (SMS) por deficiente atención prestada por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) el día 29 de enero de 2015 durante el parto en el que nació su hijo, relatándolo en los siguientes términos:

Que la madre padeció diabetes gestacional insulino dependiente, detectándose en la última ecografía (39 semanas) un peso fetal grande para la edad gestacional, ingresando el día referido para parto inducido, instrumental con ventosa.

Durante el parto se le produjo al bebé una distocia de hombros con parálisis braquial, siendo ésta una lesión previsible y evitable con un correcto manejo obstétrico del parto. Dicha lesión se produjo por un inadecuado manejo de la distocia de hombros, con una inadecuada tracción de la cabeza fetal, ya que, ante la detección de un feto grande en la última ecografía realizada (semana 39), unido a la diabetes gestacional concurrente, debió haberle sido comunicado a la madre y ofertarle la práctica de una cesárea electiva, lo que habría evitado la distocia de hombros y la ulterior PBO (parálisis braquial obstétrica).

Aporta junto con la reclamación, diversos informes de la medicina pública, junto con el Libro de Familia y poder para pleitos.

Por lo que respecta a la valoración económica del daño, solicita una indemnización de 300.000 euros.

**SEGUNDO.** – Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 21 de diciembre de 2015, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I –HUVA-, a la Gerencia de Área de Salud VII -Hospital Reina Sofía (HRS)-, al Hospital Universitario de Alicante -HUA- y a la Correduría Aón Gil y Carvajal, S.A. a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del SMS, y a la Dirección General de

Asistencia Sanitaria.

**TERCERO.** - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales han emitido informe:

1º. Del HUVA:

- La Dra. P, Jefa de Sección de Neuropediatría, que indica:

*“El niño fue diagnosticado de parálisis braquial derecha desde el nacimiento, se remitió para tratamiento al Servicio de Rehabilitación de su hospital de referencia, Hospital Reina Sofía en Murcia y desde allí al Servicio de Traumatología del Hospital General de Alicante. Inicialmente el EMG mostró daño tanto en plexo superior como inferior pero la evolución clínica a los 8 meses evidenciaba mejoría de la afectación inferior y se observaba permanencia de la afectación de plexo superior. Su Pediatra nos remitió al niño por la sospecha de que tuviera también asociada patología del sistema nervioso central. Se le había realizado RM del plexo braquial que había descartado lesión preganglionar del plexo.*

*Se citó al niño por primera vez en la consulta de Neuropediatría el 20-10-2015. La familia nos aportó los informes de los profesionales donde había sido atendido y las pruebas complementarias realizadas. Ver informe emitido el 24-10-2016.*

*Respecto a consideraciones generales sobre la parálisis braquial neonatal, también llamada obstétrica, los mecanismos y prevención no pueden preverse de forma completa, según diversos autores. Se han estudiado factores de riesgo asociados a su padecimiento y no se ha llegado a posiciones unánimes por los autores.*

*Hay quien mantiene lo mismo que Andersen en su artículo de 2006 (1): No es posible predecir de forma absoluta qué niños están en riesgo de padecer parálisis braquial neonatal.*

*Se han publicado factores de riesgo asociados al padecimiento de parálisis braquial obstétrica (bibliografía referida), los principales son: distocia de hombros, peso alto del recién nacido, diabetes y obesidad materna, parto prolongado, segundo estadio del parto prolongado, malposición fetal, nacimiento por cesárea y extracción de nalgas de un feto pequeño. Aunque la mayoría de casos se produce en partos en los que no concurren los factores de riesgo antes referidos, o ni tienen que ver con las maniobras aplicadas, por lo que se piensa que, al menos en algunos casos, puede haber otros factores implicados. Posiblemente si se asocian varios factores de riesgo, la probabilidad de presentar parálisis braquial aumenta. Pero se trata de factores de riesgo, no de determinantes patogénicos.*

*Según Doumouchsis SK et al (2), un número significativo de parálisis braquiales obstétricas ocurren ya en el útero antes de nacer y, según los estudios publicados más de la mitad de los casos ocurren sin asociarse a distocia de hombros.*

*El nacimiento por vía cirugía cesárea no elimina el riesgo de parálisis braquial, aunque lo disminuye. El porcentaje de parálisis braquiales tras nacimiento por cesárea está entre 1 y 4%.*

*En la exposición de hechos, se afirma en el hecho sexto que la parálisis braquial era una lesión previsible y evitable en este caso y que se produjo por un manejo inadecuado de la distocia de hombros. Estas afirmaciones no puedo apoyarlas a la vista de las evidencias que concurren y la bibliografía revisada.*

*En este niño el factor de riesgo más evidente es que la madre tuvo diabetes gestacional pero el niño no llegó a tener peso "grande para la edad gestacional" que está definido internacionalmente por mayor de 4.000 g. Por lo tanto, sólo había un factor de riesgo a la hora de decidir la vía de nacimiento ya que la distocia de hombros no es siempre predecible antes de iniciarse el parto activo.*

*Son los obstetras los que consideran los factores de riesgo que concurren en cada caso para decidir parto vaginal o cesárea para el nacimiento”.*

- La Dra. D.<sup>a</sup> R, Facultativa Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología, que indica:

*“En nuestro servicio seguimos un protocolo de actuación propio (anexo 1, pag13) que a su vez está basado en las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO) (anexo 2) para finalización de gestantes diabéticas. D.<sup>a</sup> Z se atendió en todo momento dentro de dicho protocolo de actuación. En su visita a la Unidad Maternofetal en la semana 39 se le propuso inducir el parto como establece el protocolo para prevenir mayor ganancia de peso fetal que en esa semana 39 se estimó en 3848gr (percentil 87) por lo que no era un feto macrosoma) (anexo 3). En esa visita donde D.<sup>a</sup> Z fue informada de dicho protocolo y posteriormente autorizó con su firma dicha inducción con los riesgos y beneficios que esta actuación conlleva. El día 29 se realizó inducción de parto programado en el que fue progresando dilatando de manera adecuada y favorable (anexo 4) sin que nada hiciera prever que se produciría una distocia de hombros en la última fase del parto por lo que no e staba en ningún momento indicada la realización de una cesárea.*

*A las 21.27h la matrona que atendía a D.<sup>a</sup> Z nos avisó para valorar una bradicardia fetal secundaria a una polisitolia e hipertono mantenido uterino que se trató de manera favorable con la administración de Prepar intravenoso. Tras la recuperación de la frecuencia cardiaca fetal y evidenciando la dilatación completa de D.<sup>a</sup> Z y el descenso adecuado de la cabeza fetal hasta III plano pélvico se decidió instrumentalizar el expulsivo para acortar este periodo dado que el registro cardiotocográfico volvía a mostrar alguna desaceleración cardiaca fetal. Tal como quedo registrado en el partograma informatizado que seguimos en paritorio (anexo 6) la cabeza (en posición occipitoiliaca izquierda anterior) descendió con facilidad hasta su desprendimiento perineal pero pronto objetivamos que con la tracción suave habitual del hombro anterior no progresaba. Se le hiperflexionaron los miembros inferiores sobre la cadera (Maniobra de Mc Roberts) y se le aplico presión suprapúbica sin que se lograra desimpactar el hombro derecho anterior. Fue entonces cuando se decidió pasar a realizar maniobras de segundo nivel introduciendo la mano para intentar rotar el hombro posterior (Maniobra de Woods) consiguiendo un ligero movimiento de este que nos permitió en ese momento empezar a poder rotar la cabeza para llevar el hombro derecho a un diámetro oblicuo que finalmente nos permitió terminar de rotar todo el torso del feto y convertir el hombro posterior izquierdo en anterior y la extracción completa fetal subsiguiente. Todas estas maniobras son las recomendadas en el protocolo de actuación de la SEGO para distocia de hombros (anexo 6). El apgar al nacer fue de 8/8/9 con una gasometría en pH de cordón de 7.29. Tras la extracción el recién nacido recibió la asistencia inmediata del pediatra que desde el inicio del expulsivo instrumentado estaba presente en el paritorio como las guías recomiendan.*

*La distocia de hombros es una urgencia obstétrica imprevisible e impredecible que puede presentarse durante el parto, pudiendo determinar altas tasas de morbilidad materna, así como de morbilidad y mortalidad neonatal. La lesión del plexo braquial es una de las complicaciones fetales más importantes y se presenta alrededor del 2,3-16% de estos partos.*

*El riesgo de lesión permanente del plexo braquial es virtualmente imposible de predecir. Aunque el peso fetal estimado sea  $\geq 4.000$  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 malpraxis.*

*Si se practicara una cesárea electiva a todas las gestantes no diabéticas cuyo peso fetal estimado fuera  $\geq 4.500$  g, se necesitarían 3.695 cesáreas para prevenir una lesión permanente del plexo braquial y, dada la mayor mortalidad materna de la cesárea sobre el parto vaginal, cabría esperar una muerte materna por cada 3,2 lesiones permanentes del plexo braquial evitadas.*

*Todas las asociaciones ginecológicas establecen como razonable ofrecer una cesárea profiláctica cuando el peso fetal estimado es mayor de 4.500 gramos en gestantes diabéticas o mayor de 5.000 gramos en no diabéticas; en el caso que nos compete no concurre ninguna de éstas dos situaciones.*

*Resumiendo, los protocolos de la SEGO recomiendan en la asistencia de gestantes diabéticas la de elección del parto vía vaginal. Las indicaciones de cesárea son las mismas que para las gestantes sin diabetes, a excepción de que el peso fetal fuera estimado superior a los 4500 g o exista el antecedente de una distocia de hombros en una gestación anterior. D.<sup>a</sup> Z tenía una estimación de peso fetal de 3850 gr y ninguna característica previa desfavorable. De hecho, fue atendida también en nuestro hospital en 2014 en su primer parto donde se procedió a inducir igualmente por diabetes gestacional siguiendo los mismos protocolos que en éste su segundo parto”.*

2º. Del HRS:

- La Dra. D.ª S, del Servicio de Rehabilitación, que indica:

*"1. ENFERMEDAD ACTUAL:*

*Remitido por HUVA por PBO derecha.*

*2. ANTECEDENTES PERSONALES:*

*RN a término, a 40 SG*

*No AMC*

*PN 4030 g.*

*Parto distócico.*

*Segundo hijo.*

*21 días de vida.*

*3. EXPLORACIÓN:*

*PBO derecha, inicia primeros grados de abducción de hombro, 15-20º*

*Flexión de codo ausente.*

*Inicia discretamente extensión de muñeca y dedos.*

*Flexión palmar y prensión mano presente.*

*4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:*

*EMG 04/03/15*

*Los hallazgos son sugestivos de afectación de plexo braquial derecho, con afectación severa de troncos superior y medio, y moderada-severa de tronco inferior.*

*RM plexo (realizada en HG Alicante): NO se evidencian signos sugerentes de arrancamiento preganglionar de raíces en los espacios C3-C4 y C5-C6. No es posible descartarlo a nivel de C6-C7 y C7-D1 por la presencia de artefactos. No obstante, no se aprecian meningoceles asociados a un posible arrancamiento.*

*EMG 15/02/16*

*Respecto al EMG anterior (marzo-2015) se observa una notable mejoría que se manifiesta con la reaparición de los potenciales sensitivos evocados e incremento de amplitud del potencial motor evocado de los nervios Mediano y Cubital derechos, así como por la presencia de trazados voluntarios aceptablemente ricos en todos los músculos explorados.*

*5. JUICIO DIAGNÓSTICO - FUNCIONAL:*

*PBO tronco superior y medio.*

*6. TRATAMIENTO SEGUIDO:*

Se inicia tratamiento físico en este centro de forma precoz se deriva a H.G. Alicante para valoración de tratamiento quirúrgico de su lesión.

## 7. RESUMEN DE EVOLUCIÓN:

Se inicia tratamiento físico en este centro para la parálisis braquial. Durante el transcurso del tratamiento, la madre acude a un osteópata, que le realiza movimientos muy bruscos, con empeoramiento del balance del brazo, según la propia madre. Se informa a la madre de que no debe hacerlo. Durante el tratamiento en este centro, el niño es capaz de realizarlo con muy buena tolerancia al mismo

Se solicitó RM de plexo braquial, realizada 25-5-2015, donde se informaba que no había lesiones en cuerpos ni discos vertebrales, médula normal y, en el análisis de raíces informaban de la ausencia de arrancamiento preganglionar C3 a C6, sin poder valorar bien los niveles C6-C7 y C7-D1. HGE

Se realiza tratamiento físico en este centro desde Marzo de 2015 hasta marzo de 2016, con un resultado funcional de:

. - manipulación bimanual presente, se lleva las manos a la línea media, y es capaz de llevar la mano derecha a la boca .

. - supinación ausente. Ligera limitación de la extensión del codo, tanto activa como pasiva. Inicia marcha con ayudas

MSI integrado en todas sus AVD. Movimiento en bloque de todo el miembro superior

Raquis sin desviaciones.

Escápula con tendencia alada.

Mano derecha: con tendencia a la flexión palmar, aunque es capaz de extender los dedos.

Flexión de codo presente, capaz de llevar la mano a la boca.

Rotación externa de hombro en posición de decúbito capaz de llegar a los 70°

MSD integrado en sus AVD.

. - MSD integrado en sus AVD, aunque falta apoyo en ese miembro en la posición en prono.

. - Abducción activa de hombro no supera los 90°

. - Rotación externa de hombro: 45°

. - Supinación de antebrazo prácticamente nula.

Pendiente de RMN craneal y cervical, que se ha realizado el 27 de Enero.

Situación de estabilidad clínica. Se recomienda seguir con CNT en domicilio. Seguirá con revisiones en CEX de RHB y en el H.G. Alicante, para control y tratamiento de su parálisis braquial”.

**CUARTO.** - Con fecha 26 de enero de 2021, los reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que indican, en síntesis:

Que el daño es la PBO derecha y permanente del niño.

Que el parto instrumental incrementa sustancialmente el riesgo de distocia de hombros y de daño del plexo braquial, por lo que la relación de causalidad está plenamente establecida.

Que no se documentó adecuadamente la actuación ante la distocia de hombros. Esta falta de información es contraria a los protocolos, impide asegurar que la conducta del asistente al parto fuera razonablemente suficiente para solucionar la distocia que se presentó y no permite ninguna explicación sobre el mecanismo de producción de la lesión del plexo braquial del neonato que exima de responsabilidad médico-legal.

Que la única explicación sobre el mecanismo de producción de la lesión que puede extraerse de la historia clínica es que la lesión se tuvo que originar por una tracción intensa sobre la cabeza fetal, en lugar de la "tracción gentil" que es la única permitida, y por tanto se produjo por una actuación contraria a la *lex artis*.

Que la facultativa actuante, en un informe realizado ex post a la asistencia al parto - concretamente, un año después- indica que se actuó de acuerdo al Protocolo de la SEGO, el cual aporta al expediente. Ello es simplemente imposible, toda vez que el protocolo se publicó en abril de 2015 y el parto fue en enero de 2015.

**QUINTO.** – Con fecha 21 de marzo de 2016, se solicita informe de la Inspección Médica, que lo emite con fecha 13 de septiembre de 2021 (5 años más tarde), con las siguientes conclusiones:

*"1- D<sup>a</sup>, Z, secundigesta con FPP el 29/01/2015, llevó el seguimiento de su embarazo en la Unidad Materno Fetal, Consulta de Prenatal y Consulta de Endocrinología del HUVA, donde se aplicaron los protocolos establecidos según las recomendaciones de la SEGO.*

*2- El 29/10/2014 con edad gestacional de 26 semanas+6 días, fue diagnosticada de "diabetes gestacional". El control metabólico de su diabetes fue correcto, se realizaron los controles glucémicos precisos y tratamiento con insulina. El control gestacional fue el adecuado para una gestante con diabetes y se realizaron los controles ecográficos protocolizados y recomendados por la SEGO.*

*3- En la semana 39 de gestación el peso fetal estimado por ecografía fue de 3848 gr. Basándose en los criterios de la SEGO y los protocolos establecidos en la literatura los facultativos decidieron correctamente la inducción del parto vía vaginal. Con este peso fetal no estaba indicado realizar una cesárea.*

*4- La instrumentalización del parto con ventosa ante la bradicardia fetal detectada en los registros fue una actuación correcta para evitar el sufrimiento del feto.*

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

*6- Consecuencia del parto distócico, el recién nacido P sufrió una parálisis braquial obstétrica.*

*7- Por tanto consideramos que la actuación de los facultativos se basó en los datos ecográficos obtenidos en la ecografía de la semana 39, indicándose correctamente la inducción del parto vía vaginal. Ante la distocia de hombros, se actuó adecuadamente aplicando las maniobras establecidas en los protocolos. La parálisis braquial obstétrica producida durante un parto distócico está ampliamente documentada en la literatura".*

**SEXTO.** - La compañía aseguradora del SMS aporta informe emitido por el Dr. D. T, Especialista en Ginecología y Obstetricia, en el que se concluye:

#### **"V.- CONCLUSIONES GENERALES**

*-D<sup>a</sup> Z fue controlada de forma adecuada durante su embarazo, en el que se le diagnosticó una diabetes gestacional sin complicaciones añadidas.*

*- se le indujo el parto a término en el momento indicado con peso fetal estimado dentro de los límites normales. se atendió el parto correctamente y bajo anestesia epidural.*

*- durante el periodo expulsivo se produjo una "distocia de hombros" imprevista e impredecible que se solucionó en tiempo y manera adecuados.*

## VI.- CONCLUSIÓN FINAL

*La actuación médica durante el control y tratamiento del embarazo y parto de Dª Z fue acorde a la "lex artis".*

*La lesión del plexo braquial diagnosticada al nacimiento de P no se produjo por la actuación médico sanitaria del hospital Virgen de la Arrixaca".*

**SÉPTIMO.** - Con fecha 20 de octubre de 2021 se otorgó trámite de audiencia a los interesados, habiendo presentado los reclamantes, escrito, con fecha 2 de diciembre de 2021 en las que, en síntesis, expone:

Que las concretas maniobras que fueron realizadas durante el alumbramiento para resolver la distocia de hombros no constan en ningún sitio: ni en el Partograma, ni en el curso clínico, ni en el informe de alta de la parturienta, ni en el informe de alta de pediatría. No se documentó adecuadamente la actuación ante la distocia de hombros. Esta falta de información es contraria a los protocolos, impide asegurar que la conducta del asistente al parto fuera razonablemente suficiente para solucionar la distocia que se presentó y no permite ninguna explicación sobre el mecanismo de producción de la lesión del plexo braquial del neonato que exima de responsabilidad médico-legal. Además, esta falta de información, transcendental para el conocimiento veraz de la actuación sanitaria, es una flagrante trasgresión de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Que la única explicación sobre el mecanismo de producción de la lesión que puede extraerse de la historia clínica es que la lesión se tuvo que originar por una tracción intensa sobre la cabeza fetal, en lugar de la "tracción gentil" que es la única permitida, y por tanto se produjo por una actuación contraria a la *lex artis*.

Que la facultativa actuante, en un informe realizado ex post a la asistencia al parto -concretamente, un año después- indica que se actuó de acuerdo al Protocolo de la SEGO, el cual aporta al expediente. Ello es simplemente imposible, toda vez que el protocolo se publicó en abril de 2015 y el parto fue en enero de 2015. Lo cierto y verdad es que las maniobras empleadas durante la extracción no aparecen descritas por la facultativa actuante en el historial clínico remitido.

Que se reconoce también en el informe de Inspección Médica que el peso del feto recién nacido P fue de 4030 gramos, feto macrosómico hijo de madre diabética, lo que incrementa notablemente la posibilidad de distocia de hombros en partos vaginales -especialmente en los casos en los que se hace necesaria la instrumentalización del parto- y las Guías clínicas recomiendan, en estos casos, la práctica de una cesárea programada.

**OCTAVO.** - La propuesta de resolución, de 4 de febrero de 2022, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir la necesaria relación de causalidad entre el daño alegado y la actuación de los profesionales sanitarios.

**NOVENO.** - Con fecha 8 de febrero de 2022 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

**PRIMERA.** - Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del 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.** - Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a)), la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes estarían legitimados para solicitar indemnización por los daños alegados, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 14 de diciembre de 2015, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, ya que, 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 caso que nos ocupa, el daño alegado se produce durante el parto, que tiene lugar el día 29 de enero de 2015, por lo que se puede concluir que la reclamación se interpuso en el plazo legalmente establecido de un año.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido, en mucho, al previsto reglamentariamente en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 LPAC, ya citada).

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

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

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los

posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

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

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, “*debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*”

*Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*”.*

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

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

**CUARTA. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.**

## Falta de acreditación

Consideran los reclamantes, como se expuso en los antecedentes de hecho, que la PBO que sufre su hijo se tuvo que originar por una tracción intensa sobre la cabeza fetal, en lugar de la “tracción gentil” que es la única permitida, y, por tanto, se produjo por una actuación contraria a la *lex artis*.

En el presente caso, no aporta el reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *“Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente, y, en particular, al informe de la Inspección Médica.

Así, en primer lugar, en el informe de la Dra. D.<sup>a</sup> R, Facultativa Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología del HUCA que asiste el parto, indica que la dilatación fue adecuada y favorable sin que nada hiciera prever que se produciría una distocia de hombros en la última fase del parto, por lo que no estaba en ningún momento indicada la realización de una cesárea, puesto que el peso estimado del feto no era superior a 4.500 gramos, al ser una gestante diabética, y que para solventar la distocia se realizaron primero la maniobra de Mc Roberts y con posterioridad la maniobra de Woods, conforme al protocolo de actuación de la SEGO para distocia de hombros, no siendo cierto, como afirman los reclamantes, que dichas maniobras no constan en el partograma, puesto que al folio 93 puede leerse: *“Indicaciones: Tras aplicar vacuextracción en primer plano (OIS) desciende la cabeza hasta salida pero los hombros quedan en transversa por lo que la extracción del hombro anterior resulta muy difícil...se realiza ligera rotación del hombro posterior de forma manual con lo que se termina de desprender el anterior (derecho)...alumbramiento espontáneo...”*

Sigue diciendo el informe que la distocia de hombros es imprevisible e impredecible, siendo la lesión del plexo braquial una de las complicaciones fetales más importante, presentándose alrededor del 2,3-16% de estos partos.

Por su parte, en el informe aportado por la compañía aseguradora se indica que se conocen diversos factores de riesgo asociados a la parálisis braquial como son: *“• distocia de hombros • peso alto al nacer • diabetes • obesidad materna • parto prolongado (segunda etapa del parto) malposición fetal • parto por cesárea • parto en podálica (nalgas) en feto pequeño”*, aunque la mayoría de los casos se producen en partos en los que no concurren ninguno de estos factores de riesgo, ya que, según algunos autores, un número significativo de parálisis braquiales obstétricas se producen en el útero antes de nacer y según las estadísticas publicadas, más de la mitad de los casos ocurren sin asociarse a la distocia de hombros.

Añade el informe que *“El nacimiento por vía abdominal mediante la realización de una cesárea, no elimina el riesgo de parálisis braquial, aunque lo disminuye”*.

En cuanto a la distocia de hombros, ésta se produce entre un 0.2 y un 3% de todos los partos y representa una extrema urgencia obstétrica. La mayoría de estas distocias no se pueden prever basadas únicamente en la existencia de factores prenatales de riesgo, o en anomalías de la evolución del trabajo del parto, o en estudios de imagen. Dado que el 50% de los casos ocurren en pacientes sin ningún tipo de factor de riesgo predictivo, el valor predictivo de cada uno de ellos por separado, o el de la combinación de varios es siempre muy bajo, aproximadamente un 10%, además de que el empleo de las maniobras correctas para resolver la distocia de los hombros no siempre impide la aparición de daño en el feto.

La única forma eficaz de prevenir la aparición de una distocia de hombros aceptada hoy día es la realización de una cesárea profiláctica en los casos admitidos como de muy alto riesgo de padecerla, a saber: *“• pacientes que han sufrido una distocia de hombros en un parto previo (sobre todo con lesión nerviosa). • fetos con peso estimado mayor de 5000 grs. • fetos con peso estimado de 4500 grs y madre diabética. • partos vaginales instrumentales con peso estimado mayor de 4500 grs”*, ninguna de las cuales concurre en el caso que nos ocupa.

A la vista de lo indicado, se afirma en el informe que:

*“Se siguió en todo momento el control del embarazo de acuerdo a la más estricta lex artis según se indica en los protocolos actuales obstétricos.*

*En la semana 39-40 se decidió con criterio absolutamente correcto la inducción médica del inicio del parto debido a la diabetes gestacional que padecía Dª Z. Se entregaron para su lectura y firma los "consentimientos informados" adecuados a la situación de parto inducido y al empleo de la analgesia obstétrica mediante anestesia epidural.*

*El 19.01.15 se inició la inducción indicada del parto. El período de dilatación o primer periodo del parto se desarrolló sin complicaciones, siendo la gráfica de monitorización feto materna (RCTG) dentro de la normalidad, no requiriendo la realización de otras medidas de valoración del estado fetal como hubiera podido ser la toma y determinación del pH de sangre de la calota fetal.*

*En el segundo período del parto o período expulsivo se indicó la realización de una ventosa obstétrica como ayuda al expulsivo materno. La presentación fetal se encontraba en tercer plano de Hodge, en presentación cefálica dorso anterior y se pudo extraer fácilmente sin complicaciones. Al momento de exteriorizarse la cabeza se diagnosticó una posible "distocia de hombros" por lo que inmediatamente se procedió a realizar las maniobras indicadas: maniobra de Mc Roberts y maniobra de Robin/Woods consiguiendo con facilidad la extracción completa del feto.*

*(...)*

*El daño en el plexo braquial del feto se puede producir antes, durante o después de la extracción fetal. En la bibliografía se explica con detenimiento la fisiopatología que hoy día se considera más probable.*

*En el caso que analizamos se actuó dentro de los tiempos indicados, se realizó con prontitud el diagnóstico y mediante la práctica de las maniobras indicadas se pudo extraer el feto sin daño de anoxia cerebral, lo cual indica que no se superó el tiempo recomendado. Al nacer el pH de la sangre del cordón estaba dentro de la normalidad. Parámetro que mejor determina el grado de bien estar fetal en el momento del nacimiento, respecto a síndrome de anoxia isquemia.*

*Sin embargo, el feto al nacer, presentó una parálisis braquial derecha sin fractura de la clavícula.*

*Como también hemos explicado, esta patología se puede producir sin relación con la buena realización de las maniobras y actuaciones recomendadas en los manuales de obstetricia. En este caso se realizó el diagnóstico, y se realizaron las maniobras indicadas de acuerdo a los protocolos, pero a pesar de ello el feto nació con un daño neurológico en el plexo braquial que obviamente no se produjo por la correcta actuación médica, sino a pesar de la adecuada actuación acorde a la "lex artis".*

En el mismo sentido se pronuncia el informe de la Inspección Médica, cuando indica:

*“Hasta el 22/01/2015 en las ecografías previas el crecimiento fetal era adecuado a la edad gestacional. En la semana 39 de gestación el peso fetal estimado por ecografía fue de 3848 gr, se hizo el diagnóstico de feto grande para la edad gestacional con P95. Como indican todos los autores y teniendo en cuenta el peso fetal, la vía de elección del parto era la vaginal; no había indicación de cesárea que sí es la vía de parto de elección en mujeres diabéticas con un peso fetal estimado mayor de 4500gr.*

*Correctamente se indicó la inducción del parto para el día 29/01/2015. Durante el parto, el feto presentó una bradicardia secundaria a hipertonia uterina mantenida que se trató con Prepar intravenoso recuperándose la frecuencia cardíaca fetal. El registro cardiotocográfico mostró alguna desaceleración cardíaca más y la cabeza fetal se encontraba en III plano pélvico, por tanto cumplía los requisitos para acortar este período del parto mediante instrumentación con ventosa.*

*Una vez producido el descenso de la cabeza del feto no hubo progresión del hombro anterior. Al ser detectada la distocia de hombros se aplicó en primer lugar la maniobra de Mc Roberts sin conseguir desimpactar el hombro, se pasó a la segunda maniobra de Woods con la que se consiguió la extracción fetal completa. Ambas técnicas son*

las que los protocolos establecen en primer y segundo lugar respectivamente durante la asistencia a un parto distócico.

*El peso del recién nacido P fue de 4030 gr, presentaba escasa movilidad de ambos miembros superiores, diagnosticándose una parálisis braquial obstétrica derecha, complicación descrita en la literatura médica en partos distócicos de fetos macrosómicos hijos de madre diabética”.*

Por todo ello concluye la Inspección Médica (conclusión a la que se suma este Consejo Jurídico) que la actuación de los facultativos se basó en los datos ecográficos obtenidos en la ecografía de la semana 39, indicándose correctamente la inducción del parto vía vaginal. Ante la distocia de hombros, se actuó adecuadamente aplicando las maniobras establecidas en los protocolos. La parálisis braquial obstétrica producida durante un parto distócico está ampliamente documentada en la literatura.

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 haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.

