

Dictamen nº: **718/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.11.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de noviembre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D., en su propio nombre y el de su hijo, menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos, que atribuyen a la asistencia en el parto del niño en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 11 de diciembre de 2020 un abogado, en nombre y representación de las personas citadas en el encabezamiento, presenta en el Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaba una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

El escrito relata que la reclamante, de 34 años de edad, fue sometida a técnicas de reproducción asistida en el Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz, logrando un embarazo en la transferencia de embriones llevada a cabo el 2 de abril de 2019.

La reclamación expone que el seguimiento del embarazo se realizó en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y transcurrió dentro de los límites compatibles con la normalidad, si bien la gestante presentó un test de O' Sullivan patológico, por lo que hubo de realizarse una curva de glucemia. Según el escrito, se estimó como fecha probable del parto el 21 de diciembre de 2019.

Los reclamantes refieren que en el control ecográfico de la semana 28 de gestación se estimó un peso fetal de 1181 gramos (percentil 51) y en el de la semana 35, un peso fetal de 2367 gramos (percentil 23). Relatan que el 16 de diciembre de 2019, a las 7 horas 25 minutos, la gestante acudió al hospital por contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, sin sangrado ni salida de líquido por genitales externos. Según afirman, a la exploración el cuello estaba centrado, borrado, rígido con 2 cm. de dilatación y el feto se encontraba en situación longitudinal y presentación cefálica. Indican que se realizó registro cardio-tocográfico y, ante la sospecha de que la paciente se encontraba en periodo activo de parto, se procedió a su ingreso.

La reclamación señala que el parto finalizó mediante vacuo-extracción y la ventosa obstétrica se aplicó en III-IV plano de Hodge, estando la presentación en OP con un caput de +++/++++. Los reclamantes manifiestan que el parto se complicó con una distocia de hombros y el feto se extrajo con maniobra del hombro posterior, de modo que se extrajo un varón, con un test de Apgar de 8/10 y con estudio gasométrico en sangre de cordón umbilical de 7,27. La reclamación reprocha que, desde el momento del nacimiento, se apreció una inmovilidad del brazo derecho, aunque no se informó de ello a los padres.

El escrito manifiesta que al alta del menor, el 18 de diciembre de 2019, se establecieron los siguientes diagnósticos:

- Paresia braquial derecha completa al nacimiento.
- Recién nacido a término de peso excesivo para su edad gestacional (PEEG).

En consecuencia, según afirman, se solicitó cita preferente en Rehabilitación Infantil, Neuropediatría y consulta de Neonatología.

La reclamación expone que la primera exploración realizada en consulta de Rehabilitación fue durante el ingreso, y que se diagnosticó una parálisis flácida completa de miembro superior derecho y se indicaron medidas posturales (brazo extendido pegado al cuerpo).

Según los reclamantes, el 3 de enero de 2020 el menor presentaba nula actividad espontánea en brazo derecho y se estableció el siguiente diagnóstico:

- Parálisis braquial obstétrica derecha (afectación de T1?).
- Tortícolis congénita secundaria a lo anterior.
- Sospecha de síndrome de Bernard-Horner asociado.
- Limitación para la abducción de cadera derecha.

A continuación, la reclamación expone la evolución clínica del neonato desde el 13 de enero de 2020 hasta el 20 de febrero de 2020, fecha en la que, a la edad de 2 meses y 5 días, fue intervenido quirúrgicamente, y la cirugía consistió en:

- Abordaje supraclavicular y deltopectoral derecho bajo anestesia general, observando ruptura de C5 envuelto en gran cicatriz, arrancamiento de C6 y lesión de C7. Nervio frénico en continuidad y

con respuesta a la neuroestimulación. Nervio supraescapular en continuidad y con respuesta a la neuroestimulación.

- Injerto nervioso de C5 a tronco superior (2 cables extraídos de ambas piernas) y neurotización del nervio supraescapular con nervio accesorio espinal.

La reclamación señala que en la consulta postoperatoria se confirmó que *“el niño tiene una parálisis braquial completa”* y se indicaron ejercicios de estiramiento articular y muscular y rehabilitación diaria.

Los reclamantes refieren que en el mes de junio de 2020 los padres decidieron acudir, en busca de una segunda opinión, a la consulta de un especialista de reconocido prestigio en el ámbito de la parálisis braquial obstétrica, y el 16 de noviembre de 2020 tuvo lugar una segunda consulta con este especialista, quien, tras explorarle, concluyó que su hijo *“...presentará secuelas muy severas, con gran pérdida de función que condicionará de manera muy severa las actividades de la vida diaria en el futuro...”*.

El escrito refiere que, actualmente, el menor continúa bajo tratamiento rehabilitador, requiere una férula para la muñeca, y se encuentra a la espera de una nueva intervención quirúrgica. Por tanto, afirman, no ha recibido el alta médica ni se han estabilizado sus secuelas.

También expone la reclamación que, en cuanto a la madre, sufrió un desgarro de gran importancia, de modo que, si se atiende al informe de alta, el desgarro fue de grado IIIA y, si se atiende al formulario del parto, el desgarro fue grado III-IV. Los reclamantes afirman que se suturó mediante técnica *“end to end”* y que, asimismo, se produjo una prolongación de episiotomía y desgarro de pared vaginal derecha. Señalan que la paciente presentó una hemorragia durante el puerperio

precoz, que precisó de revisión y legrado bajo control ecográfico, tratamiento útero-tónico y masaje uterino.

El escrito indica que el puerperio hospitalario transcurrió dentro de los límites compatibles con la normalidad, salvo anemia fisiológica, que no precisó de transfusión sanguínea, dolor perineal y leve edema y hematoma no a tensión en el labio menor izquierdo, que se trató con antiinflamatorios no esteroideos y hielo local. La paciente fue dada de alta el día 19 de diciembre de 2019, siendo remitida a la Unidad de Suelo Pélvico.

Según afirman, posteriormente ha sufrido dolor inguinal derecho, con parestesia de la pierna, dolor vaginal, incontinencia fecal, incontinencia de gases no relacionado con esfuerzos y apertura vaginal. Además, presenta hipotonía en la musculatura del suelo pélvico y la contracción voluntaria del esfínter es leve, de modo que continúa en tratamiento de rehabilitación del suelo pélvico, persiste coccigodinia, molestia en glúteo irradiado hacia la pierna e incontinencia de gases.

Los reclamantes adjuntan dos informes periciales, elaborados por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Ginecología y Obstetricia, y por una licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría y Puericultura, respectivamente, de cuyas conclusiones se desprenden los siguientes actos médicos reprochables:

- 1.- No se realizó un adecuado control gestacional, lo que impidió el diagnóstico de macrosomía fetal, pues no se valoró el incremento ponderal materno, ni la altura uterina en el II y III trimestre de embarazo, ni se controló de manera estricta el metabolismo de los hidratos de carbono durante el último mes. Todo ello dificultó el diagnóstico de la macrosomía fetal, máxime cuando la paciente había sido diagnosticada de síndrome de ovarios poliquísticos. El incremento

ponderal excesivo es un factor de riesgo predisponente a que se presentara una distocia de hombros durante el parto.

2.- No se siguieron los protocolos establecidos para la distocia de hombros, pues se aplicaron maniobras de segundo nivel sin haber agotado las de primer nivel y según la historia clínica, se realizaron todas ellas en un minuto, lo que es incompatible con haberlas realizado adecuadamente. Dado que en la historia clínica se describe que todas las maniobras realizadas para resolver la distocia de hombros se llevaron a cabo en un plazo inferior a 1 minuto, es imposible que se realizaran con la suavidad y el cuidado que requieren.

Además, previamente a la aplicación de las maniobras del II nivel, se deberían haber agotado las maniobras del I nivel, que han demostrado ser protectoras del plexo braquial y de gran efectividad, y no se debió realizar una maniobra de Woods invertida sin haber realizado previamente una maniobra de Woods, ya que la primera es de mayor riesgo y complejidad.

3.- El daño producido es desproporcionado y carece de justificación si se realiza la práctica médica adecuadamente. Las lesiones que presenta el menor, dado lo excepcional del daño, no encajan con una técnica aplicada correctamente, lo que permite concluir razonablemente que es un daño desproporcionado.

4.- Los reclamantes reprochan la falta de información reiterada durante todo el proceso asistencial, pues *“las pacientes con síndrome del ovario poliquístico tienen una resistencia a la insulina en el 50-80% de los casos y están predispuestas a padecer una diabetes gestacional. A su vez, la macrosomía fetal se asocia con frecuencia con la diabetes gestacional, debido a que la hiperglucemia fetal secundaria a la hiperglucemia materna provoca un incremento de la insulina fetal que es una hormona anabolizante”*.

Refieren que, a pesar de ello, la paciente no fue informada en las consultas preconcepcionales del mayor riesgo de sufrir una diabetes gestacional y una macrosomía fetal, lo que podría provocar complicaciones durante el parto dado que el índice de masa corporal materno era bajo. Además, la macrosomía fetal puede complicar el parto con una distocia de hombros, tal y como sucedió, y dados los factores de riesgo que presentaba la paciente debió hacerse constar en el documento de asistencia al parto, como riesgo personalizado. La reclamación también reprocha que, ante la evidente sospecha de macrosomía fetal -distensión uterina a la inspección, falta de descenso de la presentación fetal con los pujos y presencia de un caput succedaneum importante-, se debería haber informado a la paciente de los riesgos del parto vaginal y la alternativa de cesárea.

En consecuencia, solicitan una indemnización de 608.000 €, más intereses, por los daños y perjuicios sufridos, cuantía que se fija de forma provisional, dado que no se ha recibido el alta médica, el menor se encuentra pendiente de intervención y, por tanto, las secuelas no se han estabilizado.

El escrito de reclamación se acompaña de diversa documentación médica, de los dos informes periciales ya aludidos, y de copia de la nota simple de la inscripción de la filiación del menor en el Registro Civil. El 18 de diciembre de 2020 los reclamantes aportaron nueva documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada (folios 1 a 1003 del expediente).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

Se trata de una paciente de 34 años, con un embarazo por transferencia de embriones en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, confirmado el 2 de abril de 2019.

El 23 de abril de 2019 acude a consulta de Ginecología en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Gestante de 5+5 semanas. Acude por sangrado vaginal en cantidad como regla desde esa mañana. Sin dolor. Afebril. Fecundación in vitro. Eco TV: útero en anteversión, regular. Endometrio con saco gestacional en su interior de 9x4mm con vesícula vitelina de 3mm. Se observa dudoso botón embrionario de 1.5mm. Ovario derecho 34 mm normal. Ovario izquierdo: 27mm normales. Sin líquido libre en Douglas. Gestación incipiente. Se prescribe control según citas.

El 20 de mayo de 2019 acude de nuevo a consulta de Ginecología para revisión. Eco TV: saco gestacional intraútero con embrión, longitud céfalo-caudal 27.7 mm, acorde a 9+4 semanas. Ovarios normales. Fecha de última regla: 12 de marzo de 2019. Amenorrea de 9+6 semanas. La paciente mantendrá Progesterona + estradiol hasta la semana 10 de gestación. Yodocefol 1 comprimido cada 24 horas. Iniciará control gestacional a través del médico de Atención Primaria.

Con fecha 28 de mayo de 2019 acude a consulta de Ginecología por manchado vaginal escaso desde el día anterior. Sin dolor abdominal. Eco TV: valoración de gestación intrauterina con embrión de 41 mm de longitud céfalo-caudal (acorde a 11 semanas). Ovarios normales. Sin líquido libre. Gestación en curso. Se prescribe reposo relativo y abstinencia sexual hasta cese del sangrado.

De nuevo en consulta el 10 de junio de 2019, con ecografía (11+6 semanas). Gestación única, latido cardíaco y movimientos fetales positivos. Longitud céfalo-caudal 58 mm (como 12+2 semanas). Medidas uterinas normales, morfología normal. Bajo riesgo. Juicio clínico: gestación acorde con amenorrea. Marcadores de aneuploidías negativos.

Con fecha 2 de julio de 2019 (15+3 semanas), acude para riesgo de cromosomopatías, que se explica. Eco abdominal: feto único, posición

indiferente, latido cardíaco fetal +, latidos +, movimientos fetales, líquido amniótico normal, placenta normoinserta.

El 6 de agosto de 2019 acude a consulta de Ginecología. Embarazo de 20+3 semanas. Tensión arterial 104/63, percentil 54 (+4). Leído el consentimiento informado en su domicilio, la paciente no tiene dudas. Firma electrónica en consulta. Se encuentra bien.

La ecografía del segundo trimestre objetiva gestación única. Feto vivo. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Biometría: acorde a 21+0 semanas. Placenta: normo inserta anterior. Líquido amniótico normal. Cervicometría TV: 45 mm, efectivo 24 mm. Funnel presente. La cabeza presenta sus estructuras encefálicas simétricas y de configuración normal (ventrículos, plexos coroideos, tálamos, pedúnculos, fosa posterior y cerebelo). En la cara, además de las estructuras óseas, se observan las órbitas, así como la nariz y la boca, que no presentan anomalías.

Diagnóstico: ecografía con hallazgos acordes con la edad gestacional. En ese momento no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. Exploración ecográfica satisfactoria.

Comentarios: cérvix corto, 24 mm, funnel presente. Tratamiento: se pauta progesterona vaginal 200 mg. diario por la noche en vagina.

El 19 de agosto de 2019 la paciente acude a control ecográfico. Embarazo de 22+2 semanas. Tensión arterial 115/63. Hallazgo de cérvix corto en la semana 20 (24 mm), en tratamiento con progesterona 200 desde entonces. Se encuentra bien, percibe movimientos fetales. sin sensación de dinámica uterina dolorosa. Eco: gestación única cefálica, movimientos cardíacos fetales +. Placenta posterior

normoinserta. Líquido amniótico normal. Cervicometría 29 mm. Tratamiento: mantendrá tratamiento con progesterona 200 mg por vía vaginal hasta semana la semana 37.

Con fecha 30 de septiembre de 2019 la paciente acude a control del 2º trimestre, 28+2 semanas. Se encuentra bien. Percibe movimientos fetales. Tratamiento con progesterona vaginal desde semana 20 por Cérvix de 24mm. Peso: 59 kg (+9). Tensión arterial 111/70.

Ecografía ECO 4D: gestación única longitudinal cefálica, latido cardíaco fetal +, movimiento fetal+, líquido amniótico normal, placenta impresiona normoinserta en canto derecho. Peso fetal 1181 gramos (percentil 51).

El 19 de noviembre de 2019 se realiza ecografía de la semana 35: cefálica, líquido amniótico normal, placenta posterior. Peso fetal estimado 2367g (en percentil 23). 378.000 plaquetas, coagulación normal, bioquímica normal. Se hace constar que, en caso de dinámica uterina regular, rotura de bolsa, disminución de movimientos fetales o sangrado vaginal abundante, es preciso acudir a Urgencias. Se entrega el documento de consentimiento informado para asistencia al parto normal.

Con fecha 14 de diciembre de 2019 la paciente acude a consulta de Ginecología urgente: embarazo de 39+0 semanas. Acude por dinámica uterina dolorosa. Sin sangrado vaginal ni sensación de pérdida de líquido. Percibe movimientos fetales con normalidad.

En la exploración física, se realiza registro cardiotocográfico durante 30 minutos con frecuencia cardíaca fetal basal a 130 lpm. Feto reactivo con variabilidad normal, presencia de ascensos. Dinámica uterina irregular cada 4-5 min, de intensidad variable. Tacto vaginal: cérvix centrado, blando, borrado 80%, dilatado 1cm. Presentación sobre

el estrecho superior. Bolsa íntegra. Se conecta a monitor de control. El juicio diagnóstico es de pródromos de parto. Control gestacional según lo programado.

El 15 de diciembre de 2019 acude a Urgencias por sospecha de amniorrea a las 21:00 horas. Embarazo de 39 semanas+1, líquido claro. Percibe movimientos fetales, dinámica uterina irregular, sin sangrado. Frecuencia cardíaca fetal+. En ECO TV se objetiva cérvix centrado, borrado 90%, permeable un dedo. Consistencia media. Se realiza tira de PH que no vira, especuloscopia con restos de tapón mucosos. Valsalva negativo, no fluyen aguas. Se realiza registro cardiotocográfico de control. Sin patología obstétrica urgente en ese momento.

El 16 de diciembre de 2019, a las 2:47 horas, gestante de 39.2 semanas que acude a Urgencias por referir dinámica uterina dolorosa. Percibe movimientos fetales, sin sangrado ni pérdida de líquido. Frecuencia cardíaca fetal +. Cérvix centrado, borrado, permeable un dedo. Consistencia media. Se realiza registro cardiotocográfico. Juicio clínico: pródromos. Se remite a domicilio.

A las 7:25 horas la paciente acude al hospital por contracciones uterinas dolorosas y frecuentes. Ingreso para control. El feto en situación longitudinal y presentación cefálica. Presentación cefálica-vértice. Bolsa íntegra. Dilatación 3. Borramiento 80%-100%. Presentación sobre el estrecho superior. Se entregan documentos de consentimiento informado para asistencia al parto normal y para anestesia epidural que son firmados.

A las 8:00 horas: membranas intactas. Dilatación 3. Borramiento 100. A las 8:43 horas: anestesia epidural: consentimiento informado sí. Técnica anestésica: epidural. Posición sedestación, nivel de punción L4-L5. Fármaco: dosis bolo Levobupivacaina 0,25% + fentanilo 2 mcgr/ml. Complicaciones de punción: no. Analgesia obstétrica.

A las 20:30 horas se produce aviso por expulsivo prolongado y decalaje fetal. A las 20:56 horas, plano IV. Posición occipito ilíaca anterior, vértice. Parto.

Parto en curso. Presentación: cefálica-vértice, situación longitudinal. Altura: sobre el estrecho superior; bolsa íntegra; tonos fetales, sí; dinámica uterina regular; registro cardiotocográfico, sí; dilatación: 3. Posición, centrado; consistencia, duro; borramiento 80%-100%. Se intentan pujos dirigidos sin conseguir descenso de la cabeza. Se aplica ventosa mecánica. Episiotomía media lateral. Distocia de hombros que no se resuelve con Mc Robers y Rubin I. No se consigue extracción fetal con Rubin II. Se consigue extracción fetal con maniobra del hombro posterior (brazo extendido). Maniobras aplicadas en menos de 1 min. Nace varón a las 20:56 horas. Apgar 8/10, Rea 0, ph arterial 7.27. Alumbramiento manual de placenta. Desgarro vaginal en cara lateral derecha y prolongación de episiotomía media lateral. Desgarro anal IIIA que se sutura con técnica “*end to end*” sin incidencias. Tras sutura de episiotomía media lateral y desgarros se observa sangrado abundante debido a atonía uterina, que precisa legrado bajo control ecográfico, medicación y masaje uterino. ECO: útero puerperal vacío.

Se deja taponamiento vaginal y se realizará seguimiento estrecho. Control a la hora: ausencia de sangrado. Posición expulsión: litotomía.

Recién nacido: varón. Peso: 4.074 gramos (percentil 96). Longitud: 50 cm (percentil 48, -0.06 DE). Perímetro craneal 36 cms.

Glucemia a las 3 horas de vida, 74mg/dl. Se informa al pediatra de guardia de la inmovilidad del brazo derecho (los padres lo desconocen).

A las 2:09 horas del 17 de diciembre de 2019, se observa que no mueve el miembro superior derecho. La matrona comenta que los pediatras ya le han valorado, pero que la familia lo desconoce. La familia comenta que no moviliza el brazo. El pediatra de guardia indica

que están a la espera de la evolución y mañana se valorará. Se comunica a los padres.

A las 11:04 horas se hace constar en la historia clínica del neonato paresia braquial derecha. Distocia de hombros en el parto. Desde el nacimiento se evidencia paresia franca (casi parálisis ya que el movimiento espontáneo es mínimo) del miembro superior derecho, con brazo caído como péndulo y sin realizar prensión palmar. No hay fractura clavicular asociada. Sin parálisis facial ni otras alteraciones. Leve caput.

Se informa a los padres sobre la necesidad de vigilar en consultas evolutivamente para ver si hay recuperación del movimiento y en qué grado. Se cita de forma preferente en Rehabilitación Infantil (cita entregada al padre). Se cita en Neuropediatría, de modo preferente también.

Con fecha 18 de diciembre de 2019, se produce el alta de Neonatología. Lactancia materna con buen enganche al pecho. Recién nacido a término con peso excesivo para su edad gestacional (PEEG).

Al alta, exploración excelente, salvo la paresia del miembro superior derecho, que sigue sin cambios. Se aconseja visita en su centro de salud en 24-48 horas. Alta hospitalaria con los siguientes diagnósticos: 1º) paresia braquial derecha completa. 2º) Recién nacido con peso excesivo para su edad gestacional (PEEG). Peso 3.808. Talla (cm) 50. Índice de masa corporal 15.23. Perímetro craneal (cm) 36.

A las 14:09 horas, se realiza interconsulta a Rehabilitación. No se aprecia deformidad ni tumefacción a nivel de clavículas. Sin plagiocefalia (malformación asimétrica de la cabeza provocada por presiones externas), ni tortícolis. Eritema en la región occipital por ventosa. Reflejo de prensión palmar ausente en la mano derecha.

Reflejo de Moro (reflejo normal de un bebé cuando es asustado o que siente como que si se estuviera cayendo y abre los brazos de forma simétrica) y reflejo tónico cervical asimétrico; no moviliza el miembro superior derecho. El 19 de diciembre de 2019, a las 10:42 horas, se produce el alta a domicilio

En cuanto a la gestante, el 19 de diciembre de 2019 se produce el alta a domicilio, con control por su matrona de Atención Primaria en aproximadamente 7 días. Recibirá en el plazo de aproximadamente mes y medio, cita en consultas de Ginecología en la unidad de suelo pélvico. No retomar ejercicios de Kegel hasta ser vista en consulta. Buen estado general. Útero contraído.

Plan: Hierro oral. Lactulosa. Hielo local. Se deja pautada analgesia IV, si precisa además de analgesia oral y diclofenaco rectal (refiere intolerancia gástrica a ibuprofeno, pero en dexketoprofeno refiere que lo toma sin problemas). Resto sin cambios. Se deja solicitada cita en consulta de suelo pélvico. Se habla de la importancia de conocer el antecedente de distocia de hombro en los siguientes embarazos de cara a decidir la vía del parto. Control de esfínter fecal. Control de esfínter urinario. Cuidados al alta: lavar a diario con agua y jabón, dejando seca la zona perineal, no precisa antisépticos.

El 30 de diciembre de 2019 la madre acude a Urgencias de Ginecología por sospecha de infección de episiorragia. Se pauta amoxicilina/clavulánico 875 mg cada 8 horas durante 7 días. Lavado diario con Epixelle (una vez al día). Mantener la zona seca.

Con fecha 3 de enero de 2020, el neonato acude a consulta de Rehabilitación. Exploración sin cambios a la inicial. Fisioterapia dirigida a partir de la 3ª semana. Objetivos: evitar el desarrollo de contracturas y rigideces articulares, así como la fijación de escápula; mejorar el balance cervical, mejorar la alineación axial e incurvación troncular, estimulación sensitiva del miembro afecto, entrenamiento motor,

tratamiento postural y correcto posicionamiento en el espacio. Se realiza interconsulta a Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Neuropediatría.

En la misma fecha, acude a consulta de Pediatría para control clínico, a los 18 días de vida. Se valora conjuntamente con Neuropediatría y se decide solicitar electromiografía para valorar si precisa microcirugía. Se solicita radiografía de clavícula, hombro y miembro superior derecho: parece que ha habido una fractura incompleta de clavícula, si bien no se objetiva callo de fractura. No se advierten lesiones óseas en el húmero.

El 13 de enero de 2020 acude a consulta de Neurología, donde se realiza electroneurografía. Se exploran las conducciones de los siguientes nervios, utilizando electrodos de superficie: nervio mediano derecho; el estudio motor con registro en el músculo abductor pollicis brevis no evoca respuesta. Nervio cubital derecho: el estudio motor con registro en el abductor digiti minimi no evoca respuesta.

No se logran explorar las conducciones sensitivas. Se realiza electro-miografía. Se exploran los músculos deltoides, bíceps, tríceps, pronador redondo, extensor propio del dedo índice y primer interóseo dorsal derechos, con electrodo de aguja coaxial. Presencia de abundante actividad de denervación (ondas positivas y fibrilaciones) en todos los músculos explorados. No se registra actividad voluntaria.

Conclusión: la exploración neurofisiológica realizada en paciente de 28 días de vida muestra datos de afectación axonal aguda, con denervación en toda la musculatura explorada del miembro superior derecho (desde C5 hasta C8/T1); hallazgos que, dado el contexto clínico del paciente, podrían ser compatibles con plexopatía braquial derecha aguda, con afectación de todos los troncos evaluados (superior, medio e inferior). No es posible determinar con exactitud el grado (parcial severa

o completa) o localización de la lesión, al no registrarse actividad voluntaria, ni poder evaluar las conducciones sensitivas.

Con fecha 20 de enero de 2020 acude a consulta en Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz.

Exploración: asimetría de clavículas, impresión de fractura de clavícula derecha. No mueve dedos. Signo de Horner + (síndrome neurológico que se caracteriza por la triada miosis pupilar incompleta, ptosis palpebral y anhidrosis facial debido a la lesión de la vía oculosimpática, compuesta por tres neuronas, desde el hipotálamo hasta el ojo). Otras pruebas: electromiografía: afectación axonal aguda derecha. de C5-T1. Se explica protocolo de actuación en este tipo de lesiones.

Se entrega documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica de exploración, neurolisis, neurotización y/o injertos, en el Servicio de Cirugía Plástica. Se pauta cinesiterapia. Se inician los trámites para la asignación de centro de Atención Temprana de zona (CAT). Cita en Rehabilitación Infantil del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Revisión en 2 meses.

El 23 de enero de 2020 se realiza radiografía de clavícula en el Hospital Universitario La Paz, en la que no se observan claras líneas de fractura.

Con fecha 3 de febrero de 2020 acude a consulta de Neurología Pediátrica en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Exploración física: parálisis braquial obstétrica derecha. Enoftalmia, sin miosis. Pupilas reactivas. No hay movilidad del miembro superior, salvo trapecio contra gravedad, pero se intuye mínima movilidad de pectoral mayor, y de rotadores internos (2/5). Ausencia de movimiento de bíceps, pero hay un ligero tono del mismo. Sin movimiento ni

contracción de tríceps, de flexores ni extensores del carpo ni de flexores o extensores de dedos ni interóseos.

Evolución y comentarios: en resumen, parálisis braquial obstétrica derecha con lesión desde C5 a T1. Prácticamente seguro que hay mínima actividad de C5-C6 (axonotmesis subtotal), y mayor afectación de raíces C7 a T1, probablemente por avulsión de las mismas, que no se puede asegurar sin repetir un electromiograma que, por otra parte, no parece necesario. Conviene realizar una resonancia magnética cervical y de plexo braquial para valorar avulsión de raíces con pseudomeningoceles.

Diagnóstico principal: parálisis braquial obstétrica derecha con axonotmesis subtotal C5-C6 y completa (avulsión) C7 a T1.

Tratamiento quirúrgico. Se solicita resonancia magnética de plexo.

El 19 de febrero de 2020 la madre acude a consulta de Ginecología. En la exploración física se objetivan genitales externos normales, cicatriz de episiotomía media lateral derecha dolorosa en toda la superficie cutánea, de modo que se realiza infiltración con trigón y mepivacaína. Se palpa musculatura del suelo pélvico hipotónica. No dolorosa a la exploración salvo en la zona de la episiotomía de la mucosa vaginal. Espéculo: cérvix bien epitelizado, vagina de aspecto sano. Cérvix sin alteraciones, no doloroso a la movilización lateral. Útero en anteversión normal. Anejos sin patología palpable. Reflejo bulbocavernoso y perineal: presente. Uretra de movilidad normal. Test de Oxford 1/5. Se objetiva contracción voluntaria del esfínter leve.

ECOTV: útero regular en anteversión de características normales. Endometrio regular lineal. Anejos sin hallazgos patológicos. Ovario derecho 25 mm; ovario izquierdo 30 mm, sin líquido libre en Douglas. Juicio diagnóstico: infección leve tras desgarro IIIA. Plan: se solicita cita

en Rehabilitación para valoración y se cita con Cirugía General para eco endoanal. Cita en 3 meses para nueva valoración.

El día 20 de febrero de 2020 el menor es intervenido quirúrgicamente en el Hospital Universitario La Paz. Bajo anestesia general, se realiza abordaje supraclavicular y deltopectoral derecho, disección e identificación de estructuras. Se observa ruptura de C5 en vuelto en gran cicatriz, arrancamiento de C6 y lesión de C7 (mantiene continuidad arterial). Nervio frénico en continuidad y con respuesta a la neuroestimulación. Nervio supraescapular en continuidad, sin respuesta a neuroestimulación.

Se realiza injerto nervioso (tomado cara post ambas piernas) de C5 a tronco superior (2 cables), neurorrafia ethilon 8/0, y tissucol. Neurotización de nervio supraescapular con nervio accesorio espinal, neurorrafia.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y del Hospital Universitario La Paz, tanto en lo que se refiere al proceso obstétrico de la madre como en lo relativo al proceso del recién nacido (folios 117 a 1003).

El 28 de enero de 2021 emite informe el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que, tras realizar un análisis y contestar de modo pormenorizado los reproches de los reclamantes a la luz de los datos que figuran en la historia clínica, concluye que *“el control del embarazo en este caso fue normal, y se trataba de una gestación de bajo riesgo, con resultados normales en la sobrecarga oral de glucosa (SOG). De modo que no se trataba de una*

gestante diabética, patología que confiere cierto riesgo de macrosomía fetal y, por tanto, de eventual distocia. El tamaño y el peso fetal en las ecografías practicadas mostró un feto en un percentil 23, inferior a la media y, por tanto, no existía sospecha de "macrosomía fetal", que pudiera hacer pensar en un parto distócico. El parto tuvo lugar en la semana 39+2, no se trataba pues de un embarazo prolongado en los que puede existir mayor incidencia de distocia de hombros... “.

Se ha incorporado también al expediente el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica y el informe emitido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la atención médica y profesional dispensada a la madre y al niño en el referido centro hospitalario puede considerarse correcta y adecuada a la “*lex artis ad hoc*”.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los interesados y al centro sanitario concertado, mediante oficio de 8 de junio de 2022.

Consta en el expediente que los reclamantes formularon alegaciones a través de un escrito presentado el 4 de julio de 2022, al que adjuntan una ampliación de los correspondientes informes médico periciales aportados con la reclamación inicial, en el que se ratifican en el contenido de tal reclamación y cuestionan el informe de la Inspección Sanitaria pues, según afirman, “*por mucho que Doña ... tal y como dispone el informe del médico inspector, tuviese un índice de masa corporal dentro de los estándares de la población española, los antecedentes familiares de esta, el gran riesgo que puede suponer una diabetes gestacional y una macrosomía fetal, así como la alta posibilidad de que esto suceda, son indicios más que suficientes para determinar que esta situación debería haber sido incluida en el consentimiento informado, de la misma manera que fueron incluidos otros riesgos.*”.

Los reclamantes manifiestan que, según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), pese a que la paciente no era diabética, sí presentaba un riesgo de padecer diabetes gestacional, lo cual aumentaba el riesgo de macrosomía fetal dado que, además, el SOP que presentaba la paciente supone, como ya indicaron, una resistencia a la insulina, lo que provoca en las pacientes una predisposición a sufrir una diabetes gestacional.

Indican en su escrito que muestran su más absoluto desacuerdo con la afirmación realizada en el informe de la Inspección Sanitaria, según el cual en el documento de declaración de información entregado a la gestante el 19 de noviembre de 2019 y validado el 30 de septiembre de 2019, no se recogen riesgos personalizados porque, en el momento de firmarlo, no existían estos. Afirman que, dado que el documento fue firmado en septiembre y el menor no nació hasta diciembre, en el transcurso de esos meses pudo haberse dado una nueva circunstancia que ponga en alerta la existencia de posibles riesgos personalizados. Además, la gravedad de esta lesión del plexo braquial es absolutamente desproporcionada con lo referido en la historia clínica y el arrancamiento de las raíces nerviosas (lesión preganglionar) solo puede ser producido por hiperextensión excesiva del cuello al tirar de manera desproporcionada de la cabeza.

Por su parte, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por medio de su gerente, presenta escrito de alegaciones de 14 de junio de 2022 en el que, con base en el informe emitido por su Servicio de Ginecología y Obstetricia afirma que ha quedado probado en el expediente que la actuación del hospital ha sido conforme a la “*lex artis ad hoc*”.

Finalmente, el 17 de octubre de 2022 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimaba la reclamación de responsabilidad patrimonial, al entender que la asistencia sanitaria reprochada se ajustó a la *lex artis*.

CUARTO.- El 27 de octubre de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 675/22 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de noviembre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC, de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El menor ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos contra la que se reclama. Actúa debidamente representada por sus padres, a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil, que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a los firmantes del escrito de reclamación con el niño mediante copia de la inscripción de la filiación del menor en el Registro Civil. Asimismo, cabe reconocer la legitimación activa de los padres por el supuesto daño provocado por los padecimientos de su hijo pues, si bien en el escrito de reclamación parecen aludir a los supuestos daños físicos sufridos por la gestante, estos no son sin embargo valorados ni reclamados.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto los reclamantes dirigen sus reproches contra un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid

expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, los interesados reclaman por la asistencia sanitaria durante el control gestacional y, en especial, en el parto ocurrido el 16 de diciembre de 2019, por lo que, presentada la reclamación el 11 de diciembre de 2020, debe entenderse que ha sido formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de

Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria. Además, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones en el sentido ya expuesto, y, finalmente, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad, que ha sido remitida, junto al resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos*

que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los interesados reprochan que no se realizó un adecuado control gestacional, lo que impidió el diagnóstico de una macrosomía fetal. Además, señalan en su escrito que no se siguieron los protocolos establecidos para la distocia de hombros, pues las maniobras se realizaron en un tiempo insuficiente, de modo que el daño producido es desproporcionado y carece de justificación si se realiza la práctica médica adecuadamente. Por último, los reclamantes reprochan la falta de información reiterada durante todo el proceso asistencial, pues, según afirman, la paciente no fue informada en las consultas preconcepcionales del mayor riesgo de sufrir una diabetes gestacional y una macrosomía fetal, riesgo que debió hacerse constar en el documento de asistencia al parto como riesgo personalizado.

No resulta controvertido en el expediente que el hijo de los reclamantes sufrió una parálisis braquial obstétrica derecha, con axonotmesis subtotal C5-C6 y completa (avulsión) C7 a T1, evidenciada tras el parto, pero, en todo caso, aunque admitiéramos a efectos dialécticos la existencia de relación de causalidad, resulta esencial determinar si se produjo una infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron la gestación y el parto del niño, para lo cual debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “las

alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

En el presente caso, los reclamantes aportan en prueba de sus afirmaciones sendos informes periciales, emitidos respectivamente por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Ginecología y Obstetricia, y por una licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría y Puericultura, cuyo contenido se ve contradicho por los informes médicos que obran en el expediente, los cuales, contrastados con la historia clínica examinada, ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis* y trató, en todo caso, de salvaguardar la salud del menor ante un parto complicado.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que “*las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)*” y “*no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco*

de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que la asistencia sanitaria puede considerarse correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Entrando en el análisis de la asistencia sanitaria reprochada, cabe indicar, en primer lugar, que los informes médicos, tanto el del servicio implicado en el proceso asistencial del parto como el de la Inspección Sanitaria coinciden en afirmar que el control gestacional se ajustó a los

protocolos existentes, de modo que, tal y como señala la Inspección Sanitaria *“en ninguna de las analíticas, ecografías y revisiones se encontraron datos que apoyaran la necesidad de hacer pruebas fuera de lo habitual, tal y como se relaciona en la descripción de todo el proceso en este informe...La ganancia de peso presentada en el feto en el último mes, aunque puede darse, no se correspondió con lo esperable (PFE 2367 gramos, semana 35 y peso al nacer 4074 gramos, semana 39) a pesar de que el control glucémico fue completo y con cifras normales”*.

En este sentido, y respecto a los datos que aporta la historia clínica ya reseñados, que los reclamantes cuestionan, cabe recordar que habrá que estar a lo que en dicha historia clínica se recoge, pues, como han reconocido los tribunales de justicia, nos encontramos con un documento administrativo en el que los hechos, actos o estados de cosas que consten el mismo se han de tener por ciertos, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León de 16 de noviembre de 2007 con cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006), medios que no han sido aportados por los interesados.

Por otro lado, los reclamantes señalan en su escrito que la paciente había sido diagnosticada de síndrome de ovarios poliquísticos, y el incremento ponderal excesivo es un factor de riesgo predisponente de la macrosomía fetal y, por ende, de la posibilidad de que se presentara una distocia de hombros durante el parto. Al respecto, señala la Inspección Sanitaria que *“la asociación de macrosomía fetal y ovario poliquístico no está demostrada ni avalada de forma concluyente por ningún estudio”* e, incluso, el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos aclara que el síndrome de ovarios poliquísticos constituye un diagnóstico ginecológico y sin significación durante el embarazo, de modo que *“la ganancia ponderal*

en la consulta de la semana 36 era de 9 kilogramos, encontrándose dentro de los valores normales según su índice de masa corporal pregestacional (entre 9-12 kgs. a lo largo del embarazo). Se realizó determinación de glucemia (referida como hidratos de carbono) en las 3 analíticas de control gestacional, Prueba de O Sullivan (sobrecarga con 50 gramos de glucosa) y la sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 grs. de glucosa, de modo que el control glucémico fue completo y con resultado de normalidad en la prueba de SOG 100, que es la que permite excluir o diagnosticar una diabetes gestacional durante el embarazo”.

En definitiva, concluyen ambos informes que no existía sospecha de *"macrosomía fetal"* que pudiera hacer pensar en un parto distócico. En este sentido, respecto de la distocia de hombros acaecida en el expulsivo, esta Comisión Jurídica Asesora se ha manifestado en numerosas ocasiones resaltando su carácter impredecible. Así, el Dictamen 137/16, de 26 de mayo, establecía de modo claro que *“la distocia de hombros no tiene un origen claro. El Dictamen 165/14, de 23 de abril, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid recordaba que «la distocia de hombros es difícilmente (por no decir imposible) previsible. Según la Inspección “(...) está mal definida, no es predecible”, sin existir “un algoritmo de tratamiento de eficacia probada” de tal forma que la distocia “sigue siendo enigmática”.*

En el mismo sentido, la Sentencia 1889/2006, de 26 de octubre, de la Sala de lo Contencioso- Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, también ante una reclamación similar a la presente, razonó que *“esta complicación tiene las siguientes características: Es grave...Es imprevisible... ...Surge más frecuentemente en fetos de cuatro kilos o más”* y añadió, en doctrina de aplicación al supuesto que nos ocupa que *“no existe regla que concrete la presión que se ha de realizar al aplicar las técnicas de corrección del problema”.*

En efecto, en cuanto a la corrección de la técnica empleada para resolver la citada distocia de hombros, que la reclamación cuestiona, la Inspección Sanitaria refiere que *“no cabe discusión sobre si una maniobra u otra de extracción son mejores porque eso dependerá solo y exclusivamente de la valoración del médico que atiende la complicación del parto en ese momento”*.

Respecto de la lesión en el plexo braquial que sufre el menor, desgraciadamente es una consecuencia más habitual de lo deseable tras el empleo de las técnicas de resolución de la distocia de hombros, pues, en palabras de la Inspección Sanitaria *“...Las lesiones del plexo braquial representan la segunda categoría de traumatismo durante el parto que aqueja a los recién nacidos. El mecanismo del daño consiste en la separación de la cabeza desde el hombro por inclinación lateral del cuello con descenso simultáneo de esta articulación durante el parto vaginal, lo que produce un estiramiento del plexo braquial. Estas lesiones suceden en 1-4 de cada 1.000 recién nacidos”*.

En todo caso, como señala el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos *“el recién nacido obtuvo unos resultados en el test de Apgar v el Ph de cordón óptimos, y no necesitó maniobras de reanimación por parte del Servicio de Pediatría”*, de modo que, a juicio de la Inspección Sanitaria, nos encontramos ante una complicación que se presentó *“de forma inesperada en el momento del parto, y precisaba de resolución inmediata y urgente, ya que el feto presentaba un decalaje en el registro tocográfico y la madre comenzaba a presentar picos febriles”*.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al expediente contratados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quien la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de

otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis denunciada

QUINTA.- En cuanto a la afirmación de los reclamantes, según los cuales la gestante no fue debidamente informada, no sólo de los supuestos riesgos personalizados que concurrían en el presente caso y que, conforme a lo hasta ahora señalado, hemos descartado, sino también de los riesgos del parto vaginal y la alternativa de cesárea, todo ello con arreglo a lo exigido por 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. En este sentido, cabe recordar la existencia en el expediente del documento de consentimiento informado para asistencia al parto, firmado por la reclamante el 30 de septiembre de 2019, en el que se expresa de forma clara que *“...Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternos como fetales, de forma inesperada y, en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a lo anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico”,* recogiendo el documento entre tales complicaciones *“lesiones y desgarros del canal del parto ...”* y *“... Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto”*.

Por ello, el documento explicita que *“la aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesario la práctica de una intervención obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de lo madre y/o del feto... Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios”*.

En todo caso, como es doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora (Dictamen 272/19, de 20 de junio, entre otros) ha de prestarse una especial atención a los criterios establecidos por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid que, en Sentencia de 6 de junio de 2016 (recurso 325/2014) consideró que: *“Con relación a la falta de consentimiento informado, expresa la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, nº 4119/2010 de fecha dos de julio de 2010: “en las circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada”. Ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció. El motivo debe ser desestimado”*.

De igual modo, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 manifiesta que:

“Respecto a lo que la parte recurrente considera falta de información de las complicaciones que se iban produciendo hay que decir que las mismas se evidenciaron con ocasión ya del acto de parto mismo o con inmediata posterioridad al mismo, sin capacidad para poder comunicar no solo su existencia a la paciente sino también los términos y extensión concreta del mismo. No olvidemos que las previsiones del artículo 2 de la citada Ley 41/2002, respecto al consentimiento previo e información han de preverse con carácter general y no en todos los casos en los que una información excesiva puede contrarrestar la finalidad de la misma. No existían sospechas de feto macrosómico ni tampoco de las vueltas de cordón sobre el cuello del feto hasta que se produjo ya el desarrollo del parto sin que las mismas supusieran ya el cambio de estrategia hacia una cesárea por concurrencia de otras circunstancias”.

Como corolario, cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 30 de septiembre de 2016 cuando señala que *“existen distintos factores o criterios objetivos que deben ser considerados a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico, entre los que deben evaluarse los siguientes: la urgencia del caso, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad de la intervención, la novedad del tratamiento, la gravedad de la enfermedad y la posible renuncia del paciente a recibir información. Es obvio que cuanto más urgente sea una intervención, menor será el caudal informativo exigible al médico”.*

En definitiva, se proporcionó a la reclamante una información adecuada y suficiente.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 22 de noviembre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 718/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid