

Dictamen n^o: **641/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.11.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 16 de noviembre de 2011 sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1^o de su Ley Reguladora 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por L.C.B.F., en nombre propio y en el de su hija menor de edad J.N.H.F., sobre responsabilidad patrimonial de la Comunidad por la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte de la Fundación A.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 1 de septiembre de 2011, registrado de entrada el día 5 del mismo mes, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excm. Sra. D^a. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 16 de noviembre de 2011.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato cd, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Mediante escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud con fecha 16 de septiembre de 2008 se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración, al considerar la reclamante que la parálisis braquial que padece su hija fue consecuencia “*de un parto con aparatos, ventosa y la lentitud y negligencia de los médicos de tenerme en un hospital durante tres días y ver que no salía la niña y después de pedirles una cesárea reiteradas veces se negaran a hacerla y tuvieron que sacar a la niña con un aparato y hacerla daño*”. Añade que tuvo que enterarse “*de la gravedad del asunto*” por el servicio de traumatología del Hospital Niño Jesús.

No determina cantidad indemnizatoria. Acompaña a su reclamación, copia de diversos informes médicos y de un escrito de sugerencias y quejas con registro de entrada 11 de diciembre de 2007, sin texto.

Por escritos de 17 de octubre de 2008 y 21 de abril de 2009, notificado el 25 de mayo de 2009 (folios 27 y 28) se requiere a la interesada para que complete su solicitud aportando:

- Documentación que acredite el parentesco de la reclamante con la menor, con la aportación, por ejemplo, del Libro de Familia.
- Versión completa y ordenada de los hechos, concretando las fechas en las cuales, efectivamente, fueron sucediendo los mismos, así como las presuntas lesiones y secuelas.
- Acreditación de las lesiones y su relación con el funcionamiento del Servicio Público.
- Concreción de los centros sanitarios contra los que se dirige la reclamación.

- Copia del escrito con registro de entrada 11 de diciembre de 2007, ya que la fotocopia aportada resulta ilegible por su poca intensidad contraste/color.

- Determinación de la cuantía económica en la que fija la indemnización.

Por medio de representante se cumplimenta el requerimiento anterior el 10 de junio de 2009, concretando que la reclamante ingreso en el servicio de ginecología de la Fundación A el 29 de septiembre de 2007 a las 10:00 horas. Solicita en concepto de indemnización por los daños y perjuicios la cantidad de 30.000 euros. Aporta copia del Libro de Familia, de un escrito dirigido al Defensor del Paciente con fecha 26 de noviembre de 2007, sin registro de entrada, de una orden para tratamiento fisioterápico a nombre de la hija de la reclamante, de diversos informes médicos y dos fotografías.

Con fecha 16 de junio de 2009 se requiere nuevamente a la reclamante para que aporte copia del escrito registrado de entrada el 11 de diciembre de 2007, no consta el cumplimiento de dicho requerimiento.

La historia clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, de 23 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de hipertensión gestacional y obesidad severa con índice de masa corporal (IMC) de 41, dos abortos y una cesárea por podálica y preeclampsia, es seguida en su tercer embarazo en la Fundación A en el año 2007.

El embarazo cursó con normalidad, salvo por la hipertensión gestacional, por lo que se decide ingresarla el día 29 de septiembre de 2007 para inducción al parto a las 40+3 semanas. Tras la inducción y la dilatación sin incidencias se asiste a un parto con expulsivo prolongado, por lo que se procede a utilizar ventosas para la extracción del feto. En el expulsivo se

produce una distocia de hombros severa que se resuelve mediante episiotomía y maniobras liberadoras. A las 21:30 horas del 1 de octubre de 2007 nace una niña de 3.830 gramos de peso, Apgar 6/9 con pH de cordón 6:30.

La recién nacida es vista por el servicio de neonatología para estudio por presentar parálisis braquial izquierda, realizándose interconsulta a rehabilitación. Según consta en el documento de evolución de la paciente (folio 90), el 3 de octubre de 2007, se realizan radiografías de brazo y tórax que son normales. Se reclama EMG a rehabilitación.

La recién nacida presenta al momento de nacer parálisis braquial obstétrica izquierda (C5-T1) sin movilidad espontánea y con Síndrome de Honer positivo.

A los 2 días de nacer, en la exploración física presenta disminución de la apertura palperal izquierda, con cierto grado de miosis, parálisis total del brazo izquierdo, sin presión palmar, hematoma lineal en antebrazo y clavícula íntegra.

Se la remite al Servicio de Rehabilitación y Neurología infantil para iniciar los ejercicios de forma ambulatoria. El electromiograma revela: falta de actividad voluntaria, espontánea y a la estimulación en los músculos deltoides, bíceps, tríceps, extensor común y abductor del 5º dedo izquierdo.

El día 4 de octubre de 2007 se le realiza sesión de Cinesiterapia, dándosele de alta. A partir del 25 de octubre del 2007 realiza rehabilitación (estimulación del movimiento) dos días por semana en el Hospital Fundación A.

En noviembre de 2007 es remitida al Hospital del Niño Jesús, donde tras estudiarla se observa *“arrancamiento radicular, rotura de vainas*

nerviosas” siendo candidata a tratamiento quirúrgico urgente. Se la remite a Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Infantil de La Paz. Por el servicio de neurología pediátrica de este centro hospitalario, se realiza el 29 de enero de 2008 electromiografía-potenciales evocados (folio 65), emitiendo la siguiente conclusión:

“Ausencia de potencial sensitivo estimulando nervios de C6 y C8, con analgesia, lo que implica que hay afectación postganglional total (probablemente también preganglionar, al menos C8 y T1).

Conducciones motoras con gran disminución axonal en todos los nervios explorados. El Potencial Evocado Motor es del 5-8% del correspondiente al lado sano tanto en el nervio axilar como en el músculocutáneo, en el radial. Hay por tanto pérdida mayor al 92-95% en esos nervios, incluso el 100% en el nervio radial a los extensores del carpo y dedos.

EMG: axonotmesis completa en C8-T1, subtotal en C6-C7 y parcial pero importante en C5.

Es imprescindible el tratamiento quirúrgico, a nivel de todas las raíces del plexo braquial. Avulsión + alteración postganglional a nivel de C8-T1”.

Se le propuso intervención quirúrgica a los tres meses de vida, si bien no pudo realizarse por incomparecencia. En julio de 2008 se observa inicio de la movilidad de bíceps y tríceps por lo que se pospuso la misma. Se inicia tratamiento rehabilitador en ese Servicio.

A esa fecha presenta la siguiente exploración:

1. Hombro en abducción y rotación interna, antebrazo en pronación, puño cerrado.

2. Pasivamente movilidad completa, salvo ligera limitación en la rotación externa del hombro.

3. Activamente se inicia abducción de hombro a 80°, inicio de flexión de codo, no presión.

En septiembre de 2008 se mantiene abducción a 90°, ha conseguido una flexión de codo a 90°, pero no se observa actividad en tríceps lo que le está produciendo un flexo de codo de unos 10°. Se mantiene la ausencia de movilidad activa en muñeca y dedos. Se realiza informe de alta a petición de la madre.

En la revisión de 10 de noviembre de 2008 se anota que ha recuperado parcialmente la movilidad del bíceps y tríceps, con limitación de la rotación externa, *“pedirá cita para valorar intervención quirúrgica en un mes”*.

El 27 de julio del 2009 sigue realizando rehabilitación en el Hospital de la Paz, presentando recuperación buena del bíceps y tríceps con una importante contracción de los dos músculos, la movilidad de la mano presenta aunque reducida, la rotación externa pasiva satisfactoria y activa ausente, por lo que se planea realizar una neurotización secundaria del nervio supraescapular mediante la rama de espinal accesorio. Aconsejando seguir con la rehabilitación hasta la fecha de la cirugía.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el 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 (RPRP).

De conformidad con el artículo 10.1 del precitado reglamento el órgano de instrucción ha solicitado informe a los servicios cuyo funcionamiento presuntamente han ocasionado el daño.

El servicio de rehabilitación y medicina física del Hospital La Paz de 16 de diciembre de 2008 (folio 55) informa:

“Paciente de 14 meses de edad que nació con peso elevado (3900 g) y presentación cefálica que presenta desde el nacimiento una parálisis braquial obstétrica completa (C5-T1) sin movilidad y con síndrome de Horner positivo.

Se propuso intervención quirúrgica a los 3 meses de vida que no pudo realizarse por Incomparecencia. En Julio de 2007 se observa inicio de la movilidad de bíceps y tríceps por lo que se pospuso la misma. Se inició tratamiento rehabilitador en nuestro servicio (previamente en la Fundación A) en Julio de 2007, al inicio presentaba la siguiente exploración:

Hombro en adducción y rotación interna, antebrazo en pronación, puño cerrado.

Pasivamente movilidad completa, salvo ligera limitación en la rotación externa de hombro.

Activamente: se inicia abducción de hombro a 80°, inicio de flexión de codo, no prensión-

En la revisión realizada en Septiembre de 2008 se mantiene la abducción a 90°, ha conseguido una flexión de codo a 90°, pero no se observa actividad en tríceps lo que le está produciendo un flexo de codo de unos 10°.

Se mantiene la ausencia de la movilidad activa en muñeca y dedos”.

El Hospital Infantil del Niño Jesús, con fecha 7 de julio de 2009 informa que la paciente no acudió en ningún momento a la consulta de rehabilitación (folio 79).

El servicio de cirugía plástica, reparadora y quemados del Hospital La Paz, con fecha 6 de agosto de 2009 (folio 81) manifiesta:

“1.- “[la paciente] fue remitida a nuestra consulta por el Servicio de Rehabilitación del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús con el diagnóstico de una parálisis braquial obstétrica izquierda completa con la afectación de la primera vértebra torácica.

2.- En exploración inicial tiene 2 meses de vida, nació con peso elevado 3,900 g, y presentación cefálica, al nacer se diagnostica una parálisis braquial obstétrica completa con Síndrome de Horner positivo. El brazo no muestra la movilidad activa salvo algo de movilidad inducida en la mano y muñeca.

3.- Según el protocolo seguido en este tipo de casos no se indica la cirugía antes del tercer mes. Sí en el cuarto mes no existe la recuperación del bíceps activa procedemos con la reconstrucción primaria, ponemos al paciente en lista de espera para poder operarle en el periodo indicado sin alterar la lista de espera existente. En febrero de 2008 se llama a la paciente para realizar el último control preoperatorio y no se puede localizar por el servicio de admisión, por lo que se pospone la exploración prequirúrgica y la cirugía. Vimos de nuevo a la paciente en junio 2008 en la consulta después de una estancia de varios meses en su país de origen. Explicamos a la madre la situación actual. La exploración en ese momento presenta algo de mejoría en el bíceps y deltoides lo que nos hace posponer la decisión definitiva sobre la cirugía y aplicar siguiente paso del protocolo que consiste en nuerotizaciones secundarias directas.

4.- Durante el tiempo transcurrido se esta realizando la rehabilitación de lo que existen varios informes del Servicio de Rehabilitación de La Paz. Durante la última consulta (27-07-09) la niña tiene edad de 1 año y 9 meses tiene una recuperación buena del bíceps y tríceps con una importante cocontracción de los dos músculos, la movilidad de la mano presente aunque reducida, la rotación externa pasiva satisfactoria y activa ausente, por lo que le planeamos para realizar una neurotización secundaria del nervio supraescapular mediante la rama del espinal accesorio. Aconsejamos seguir con la rehabilitación hasta la fecha de la cirugía”.

El Jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología de la Fundación A, en escrito de 30 de mayo de 2010, entre otros puntos informa que tras 40+3 semanas de gestación, se decide la inducción al parto por hipertensión gestacional, el 29 de septiembre de 2007. “Tras la inducción, y la dilatación sin incidencias se asiste al parto mediante ventosa por expulsivo prologando el día 1 de Octubre a las 21:30 horas. En el expulsivo se produce una distocia de hombros severa que se resuelve mediante episiotomía y maniobras liberadoras. Nace una mujer de 3.830 kg., Apgar 6/9 con pH de cordón 6:30.

El puerperio cursa con hipertensión gestacional y la paciente es dada de alta el 4 del 10 del 2007. La recién nacida es valorada por el servicio de Pediatría por sospecha de parálisis braquial.

La distocia de hombros es una complicación potencialmente muy severa que no es previsible mediante ecografía prenatal y que no siempre se asocia a un peso fetal excesivo (como en este caso). Es una causa reconocida de muerte fetal, lesiones fetales en el plexo braquial, hipoxia fetal e incluso de morbilidad materna.

No existe en la historia clínica ningún dato que hiciese sospechar ni poder prevenir la distocia de hombros que sucedió. La actuación del

equipo obstétrico respondió de manera eficaz para resolver esta rara pero grave distocia” (folio 84).

También forman parte del expediente los documentos de consentimiento informado para las diversas actuaciones sanitarias, suscritos por la interesada.

Asimismo, la Inspección Sanitaria ha emitido informe, en el que se concluye que *“La paciente estuvo asistida de forma adecuada durante el parto, y este al tener un periodo expulsivo prolongado y ante el sufrimiento fetal que presentaba se optó por acelerar el mismo mediante la utilización de Ventosas (medios mecánicos).*

Si bien la atención al parto fue correcta sí que a la recién nacida se la produjo una PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTETRICA, estando atendida de forma adecuada desde el primer momento y hasta la actualidad” (folios 470 a 476).

En cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, fue conferido trámite de audiencia a la parte interesada, la reclamante y la Fundación A, consta la recepción de ambas notificaciones y la presentación de alegaciones por parte del centro hospitalario, que mediante escrito presentado en el servicio de correos el 29 de junio de 2011 manifiesta, en síntesis, que la atención prestada fue correcta, por lo que solicitan que se desestime la reclamación (folios 483 y 484).

No consta en el expediente la presentación de alegaciones por parte de la reclamante.

Una vez tramitado el procedimiento, se dictó propuesta de resolución desestimatoria el 11 de agosto de 2011, la cual fue informada favorablemente por los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser la cuantía de la indemnización superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesada, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJ-PAC), desarrollados en el 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.

La reclamación se presenta en nombre de una menor de edad, quien ostenta legitimación activa al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que sufre el daño causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. La firmante de la reclamación, madre de la menor, ostenta su representación, *ex* artículo 162 del Código Civil, quedando debidamente acreditada la filiación mediante la presentación de copia del Libro de Familia.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid, habida cuenta que la asistencia sanitaria por la que se reclama se realizó en la Fundación A en virtud de concierto sanitario.

Al respecto es preciso traer a colación la jurisprudencia del Tribunal Supremo que tiene establecido que la deficiente prestación sanitaria realizada por una entidad que mantiene un concierto de asistencia sanitaria con la Administración sanitaria pública, al tratarse de una asistencia sanitaria prestada con base en el mismo, no excluye en modo alguno la existencia de una posible responsabilidad de la Administración (Sentencias de 23 de abril de 2008, recurso 2911/2003, y de 24 de mayo de 2007, recurso 7767/2003).

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psicológicos el plazo comienza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC). En el presente caso, el parto en el que se produjo la parálisis braquial tuvo lugar el 1 de octubre de 2007, por lo que se encuentra en plazo la reclamación presentada el 16 de septiembre del año siguiente.

TERCERA.- El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha procedido a la práctica de la prueba precisa, se ha recabado informe de los Servicios cuyo funcionamiento supuestamente han ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia tanto a la perjudicada como al centro sanitario concertado, exigidos en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: "*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes 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 la 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) Ausencia de fuerza mayor. d) Que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

QUINTA.- Acreditada la realidad del daño, mediante los informes médicos obrantes en el expediente, daño que es evaluable económicamente e individualizado en la persona de la menor reclamante, la cuestión se centra en dilucidar si dicho daño es imputable a la acción u omisión de los servicios públicos sanitarios en una relación de causa a efecto, y si el daño reviste el carácter de antijurídico.

Para ello es necesario valorar si la asistencia sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, esto es, si se acomodó a una buena práctica médica, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008, *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona*

en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000–, entre otras).

Sin embargo, en el caso que nos ocupa la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere no ha sido contradicha por la reclamante con medios probatorios, que no aporta, ni propone ninguna prueba de la vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la Administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado. Por el contrario, son concluyentes tanto el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Fundación A, como el informe de la Inspección Médica, de los que resulta que la actuación médica dispensada a la interesada puede calificarse como correcta. Al respecto señala el segundo de los informes mentados que *“la paciente estuvo asistida de forma adecuada durante el parto, y este al tener un periodo expulsivo prolongado y ante el sufrimiento fetal que presentaba se optó por acelerar el mismo mediante la utilización de ventosas”*.

En efecto, de los antecedentes de hecho resulta que la embarazada, estando en la semana 40 de gestación ingresa para la inducción al parto. El feto se encontraba en posición cefálica y debido a la larga duración del periodo expulsivo se decide la aplicación de ventosas para aliviar la expulsión. En el momento del parto se produce una distocia de hombros que se resuelve con maniobras de hiperflexión de la cadera, sin perjuicio de lo cual no se puede evitar la parálisis braquial.

Las maniobras que se emplean para corregir la distocia de hombros van dirigidas a resolver la urgencia obstétrica de inmediato e impedir que el feto pueda fallecer por asfixia, pues como explica el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología la distocia de hombros es *“una causa reconocida de muerte fetal, lesiones fetales en el plexo braquial, hipoxia fetal e incluso de morbilidad materna”*.

Lo que es todavía más relevante a los efectos que nos ocupan es que la distocia de hombros no se pudo evitar. En este sentido se señala en el referido informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología que *“no existe en la historia clínica ningún dato que hiciese sospechar ni poder prevenir la distocia de hombros que sucedió”*, afirmación que no ha sido rebatida, con medios probatorios, por la reclamante.

Asimismo, la asistencia sanitaria dispensada a la menor ha sido respetuosa con las buenas prácticas médicas. Desde el primer momento, nada más nacer, se diagnosticó la parálisis braquial y se le hicieron pruebas complementarias como radiografías de brazo y tórax, y electromiograma, iniciando tempranamente rehabilitación en la Fundación A. Posteriormente estuvo siendo tratada en el Hospital Universitario La Paz, donde a los tres meses de vida de la niña se propuso intervención quirúrgica que no llegó a realizarse por incomparecencia y en un segundo

momento se pospuso la cirugía por mejoría de la movilidad mediante la rehabilitación.

Esta postura terapéutica, de acuerdo con lo informado por la Inspección resulta correcta, por cuanto que *“el tratamiento de la PBO es conservador en la 1ª etapa, para evitar contracturas de las articulaciones afectadas mediante conservación de todo el arco de movimiento pasivo, pues si se recupera la función neurológica, los músculos reinervados necesitan articulaciones funcionales y si no se recupera, la prevención de las contracturas permitiría una mayor amplitud en la elección de procedimientos reconstructivos.*

Se comienza con los ejercicios de rehabilitación que son realizados por los padres con la supervisión cada 2 ó 3 meses por el Fisioterapeuta, a esto se la añade Estimulación eléctrica no abusible para evitar la atrofia muscular, mejorarla irrigación sanguínea y estimular la regeneración

Con respecto a los criterios quirúrgicos, están el que si a los 3 meses de edad presenta función motora en los abductores/rotadores externos del hombro (inervados por C5) y los flexores del codo (inervados por C6), eso indica la existencia de un aceptable potencial de recuperación y por tanto no se debe operar”.

Estos criterios, como ya ha quedado expuesto, se respetaron en el caso objeto del presente dictamen. Inicialmente se adoptó una actitud terapéutica conservadora, no prescribiéndose la intervención quirúrgica hasta que la niña tenía tres meses de edad.

En definitiva, de lo expuesto se infiere que la actuación sanitaria ha sido correcta y adecuada a la *lex artis*, no concurriendo los requisitos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria de la Administración Pública.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por no concurrir los requisitos legales.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 16 de noviembre de 2011

