

<p>Expediente: 35/2017 Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Comunidad Foral de Navarra derivado del funcionamiento de los servicios sanitarios. Dictamen: 44/2017, 30 de octubre de 2017</p>
--

DICTAMEN

En Pamplona, a 30 de octubre de 2017,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza, Presidente; doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria; doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 2 de agosto de 2017 tuvo entrada en el Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1 de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (desde ahora, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, formulada por don..., en nombre y representación de don..., quien actúa en su propio interés y en el de su hija menor, doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 545E/2017, de 28 de julio, del Consejero de Salud.

A la solicitud se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, la ampliación de documentación, la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y la Orden Foral

545E/2017, de 28 de febrero, del Consejero de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Don..., en nombre y representación de don..., mediante escrito fechado el 16 de noviembre de 2016, presentó ante el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea una reclamación de responsabilidad patrimonial por presuntos daños y perjuicios derivados de una defectuosa asistencia sanitaria en el parto de la menor...

En la reclamación se indica que el día 8 de septiembre de 2014 doña... fue asistida en el parto de la hija de ambos..., presentándose éste como distócico tras un periodo expulsivo prolongado. Se alega que no han quedado reflejadas en la historia clínica las maniobras que se aplicaron para superar el problema de la distocia de hombros y que no consta la especialista obstetra que practicó la maniobra de “desimpactación”. También se cuestiona el modo de proceder médico, señalando que existían suficientes indicadores para haber previsto una eventual distocia de hombros dado el grado de obesidad de la madre (1.60 cm y 90.5 kg, obesidad grado II) y la macrosomía del feto (peso al nacer de 4,725 g). Y se alude al informe del doctor... del 16 de septiembre de 2014, a fin de discutir la pertinencia de las maniobras empleadas para superar la distocia de hombros que se presentó en el parto.

El escrito continúa afirmando que, como consecuencia de la mala asistencia médica dispensada al nacer la menor..., ésta tuvo que ser intervenida el 26 de febrero de 2016 en el Hospital... de Barcelona por el doctor..., por derivarse del parto parálisis braquial obstétrica derecha y luxación de hombro.

De todo ello se deduce que se le ha irrogado a la menor unos daños que se cuantifican en la cantidad de 306.257,56 € [un día de hospitalización: 71,84 €; 607 días impeditivos x 58,41€ = 35.454,87€; 55 puntos de secuela

funcional x 2.363,03 € = 129.966,65 €; 30 puntos de perjuicio estético x 1.692,14 = 50.764,2 €; incapacidad permanente total (de 19.172 € a 95.862 €) = 60.000 €; y daño moral de los padres = 30.000€].

La reclamación termina con la referencia a los requisitos que fundamentan la responsabilidad patrimonial de la administración y la doctrina jurisprudencial sobre la “*lex artis*” en el campo sanitario, afirmándose que ésta se infringió por haberse realizado una tracción excesiva sobre el cuello del feto que vendría acreditada por los hematomas, hemorragias y luxación de hombro, afirmación que sostiene en las sentencias, números 197/2014, de 1 de septiembre, y 446/2012, de 8 de noviembre, de los Juzgados nº 3 y 1 de lo Contencioso-Administrativo de Pamplona. Se solicita la cantidad ya referida de 306.257,56 € y se propone la práctica de diversa prueba documental.

Iniciación del procedimiento

Por Resolución 74/2016, de 22 de noviembre, del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, asignándole el número de expediente 19936/2016; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar al reclamante de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de la historia clínica de...; 4º) informar del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento en seis meses contados desde el 16 de noviembre de 2016, así como de los efectos del silencio administrativo y la desestimación de la solicitud; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor del procedimiento y su notificación al interesado.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, el instructor del procedimiento solicitó al Gerente del..., copia de la historia clínica de doña... relacionada con la reclamación; a la Jefa del Servicio de Rehabilitación del..., una copia de la historia clínica de doña... relativa a la parálisis branquial; a la Jefa de Servicio de Pediatría, informe sobre la atención dispensada en neonatología a aquella; y a la

doctora..., Facultativa Especialista Adjunta (FEA) de Ginecología y Obstetricia del... (...), informe sobre los hechos objeto de la reclamación.

De la documentación clínica aportada cabe destacar a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos, los siguientes hechos:

1. Doña... ingresó el día 7 de septiembre de 2014 en el área obstétrica ... (...), procedente del Centro de Atención de la Mujer del..., a fin de alumbrar a doña....

Como antecedentes se detallan que, a esa fecha, contaba 36 años de edad, antecedentes familiares de madre y abuela con diabetes tipo 2, y que había tenido dos partos normales que cursaron sin complicaciones.

En el inicio de la gestación presentaba una obesidad grado 2 (160 cm de estatura, 90 kilos de peso), habiendo sido controlada durante el embarazo en el Centro de Atención a la Mujer...

2.- Al momento del ingreso, el embarazo se encontraba en la semana 39+4, con rotura prematuramente de membranas y una cerviz sin modificar (puntuación 1 en test de Bishop), salida de líquido claro, registro cardiotocográfico normal y sin dinámica uterina. Se le administró dinoprostona para maduración cervical y la profilaxis antibiótica preceptiva (3 dosis de ampicilina y una dosis de gentamicina endovenosa).

3.- El parto discurrió en fase latente durante seis horas y fase activa durante nueve horas, habiéndosele administrado analgesia epidural a los cinco centímetros de dilatación. Tras no producirse el parto en dos horas y media, y dado que el periodo expulsivo se prolongaba, la matrona dio aviso a la ginecóloga responsable. El nacimiento se presentó en la modalidad cefálica occípito-iliaca izquierda anterior, en III plano de Hodge, por lo que se le aplicó una ventosa Kiwi. El equipo ginecológico y anestésico de guardia acudió al parto.

4.- La primera tracción con la ventosa produjo descenso adecuado de la cabeza fetal, se exteriorizó la cabeza y se diagnosticó distocia de hombros. El problema de la distocia se resolvió mediante el empleo de

“maniobras para la desimpactación de los hombros” que consistieron en la rotación del hombro anterior, sin éxito, y maniobra del hombro posterior, lográndose la salida de los hombros. En el expulsivo de la cabeza se halló una circular prieta de cordón, que se liberó.

5.- La recién nacida,..., presentó en el test de Apgar 8/9 al 1º y 5º minuto de vida, respectivamente; un ph de cordón de 7,32 (arterial) y 7,39 (venoso), y un peso de 4,725 gramos. En su exploración posterior se verificaron los siguientes resultados: un peso de 4,550 gramos (Pc>90), talla 54 cm (Pc>90), p. cefálico 37,5 (Pc>90) y PT 37 cm. Se observó buen estado general, piel y mucosas con cianosis acra, y hematomas en ESD. El resto de la exploración resultó en parámetros normales, si bien se diagnosticó “parálisis ESD proximal, paresia distal. Ortolani negativo. Clavículas íntegras. Valoración neurológica normal”.

6.- La madre, tras el nacimiento, sufrió hemorragia post-parto por atonía uterina, practicándose masaje uterino y perfusión de 20 UI de oxitocina. Se diagnosticó desgarro perianal de segundo grado en el lado derecho, suturándose sin incidencias y comprobándose al finalizar la integridad del aparato esfinteriano (tacto vaginal y rectal normales). Se le dio el alta hospitalaria el 11 de septiembre de 2014, pautándose Tardyferon 80 mg, Cloruro Potásico 300 mcg (1/24 horas) y Clexane 60 mg jeringas precargadas (1/24 horas).

7.- La recién nacida,..., fue ingresada en Neonatología del... por ictericia (Br: 20,5 mg/dL), procedente de la planta maternal, el 11 de septiembre de 2014, precisando cinco días de tratamiento con fototerapia. Presentó también hemorragia suprarrenal que podía haber favorecido la persistencia de la bilirrubina. Se realizaron ecografías cerebral y abdominal.

Se le dio el alta el 16 de septiembre de 2014, persistiendo los hematomas en la extremidad superior derecha, así como parálisis braquial derecha (tipo Erb Ducheme). De manera ambulatoria se continuó el estudio de la ictericia, programándole consulta con el Servicio de Rehabilitación del... para el día 24 de septiembre de 2014. En dicha consulta, la exploración inicial reveló: “Extremidad superior derecha en aducción de

hombro, rotación interna, extensión de codo y pronación de antebrazo, muñeca con ligera desviación cubital y flexión de dedos. Se aprecia actividad voluntaria de muñeca y dedos (...). no se aprecian movimientos espontáneos de brazo derecho, excepto dedos (...). Discreto aumento del tono muscular a nivel distal de brazo derecho”. Se confirmó el diagnóstico de “parálisis braquial derecha tipo Erb-Duchenne”.

8.- La bebé... fue llevada varias veces al Servicio de Urgencias de Pediatría por patologías no relacionadas con el objeto de la reclamación: 17 de octubre de 2014 – dermatitis seborreica-, 26 y 29-30 de marzo de 2015 – bronquiolitis leve-, 13 de mayo de 2015 –catarro de vías altas-, 23 de enero de 2016 –faringoamigdalitis aguda “*no estreptoc*”- También fue visitada en Neuropediatría, con fecha 21 de abril de 2016, por episodios paroxísticos, solicitándose EEG para el 25 de mayo del mismo año, al que no acude, y que se le realizó el 7 de junio de 2016, con el diagnóstico de “presencia de brotes de actividad epileptiforme generalizada durante el sueño”.

9.- El Servicio de Rehabilitación la visitó en revisión el 22 de octubre de 2014, pautándole el inicio de un tratamiento de fisioterapia de 2 días/semana (estimulación global y específica para parálisis braquial derecha), y solicitándosele estudio neurofisiológico y valoración por COT infantil.

10.- Con fecha 10 de diciembre de 2014 acudió de nuevo a la consulta en Rehabilitación, valorándose en decúbito supino el brazo derecho con antebrazo en pronación y mano cerrada sin atrapamiento del pulgar, elevando el brazo de forma global, con flexión de codo y aproximación de la mano a la línea media. Se indica que no existe limitación de la movilidad pasiva, apreciándose aumento de tono de predominio en antebrazo y dedos. Los resultados del estudio neurofisiológico son “compromiso de la raíz C5 y C6 derechas que forman parte del plexo braquial superior. En deltoides se registra actividad de reinervación, por lo que puede seguir mejorando (...)”.

11.- El 4 de febrero de 2015 se solicita nuevo estudio neurofisiológico, que muestra mejoría con respecto al estudio previo, si bien se observa ya escasa actividad de reinervación.

12.- En la consulta de Rehabilitación el 30 de marzo de 2015, se constata mejoría en el uso del brazo y mano derecha, con prensión de tipo global y extremidad superior derecha con hombro en abducción, codo en ligera flexión y antebrazo en pronación, todo ello en decúbito supino. Hay apertura y cierre espontáneo de la mano, con limitación de últimos grados de extensión de codo y supinación pasiva libre.

El tratamiento de fisioterapia se prosigue, remitiéndose a la niña a la Clínica... para que se valore el tratamiento quirúrgico de la lesión.

13.- El 16 de septiembre de 2015 pasa consulta con el doctor... en la Clínica..., quedando pendiente de RNM de hombro derecho a los efectos de la intervención.

14.- Con fecha 30 de septiembre de 2015 la menor acude de nuevo a revisión a Rehabilitación, en la que se objetiva realización de pinza bidigital y tridigital, elevación del brazo casi hasta la horizontalidad, y en actitud de reposo abducción del hombro y pronación de antebrazo. El balance articular del hombro es de antepulsión 140° y abducción 120° , con limitación de las rotaciones, con ligero déficit en extensión de codo (10°) y muñeca sin limitaciones articulares. Se le realiza prueba radiológica de hombros (RM), observándose en el derecho disminución de tamaño de cabeza humeral y ascendida ("85% de la cabeza humeral está por detrás de la línea escapular").

15.- Se somete a nuevas revisiones en Rehabilitación los días 18 de enero y 10 de febrero de 2016, y se continúa con el tratamiento de fisioterapia. En clasificación de Mallet resulta abducción activa 90° con arrastre de escápula y rotación externa 20° , sin presencia de asimetrías en la zona de caderas –se realiza radiografía de caderas, con buena cobertura de cabezas femorales y arco de Shenton correcto bilateral-, y con signos de Galeazzi y Barlow negativos.

16.- El 26 de febrero de 2016 se le interviene en la Clínica... para liberación anterior de hombro y transferencia nerviosa accesorio espinal a supraespinoso, se le coloca yeso toracobraquial durante 6 semanas. Es

dada de alta el 27 de febrero de 2016, pautándose Dalsy susp 3cc/6 horas y Apiretal 1.8 cc/horas, con colocación de yeso durante 6 semanas, para continuar con férula toracobraquial en rotación externa del hombro nocturna. Dos días después, el 29 de febrero de 2016, acude a revisión con Rehabilitación del..., aconsejándose seguir el postoperatorio indicado por la...

17.- El 8 de abril de 2016 se le retira el yeso y se le coloca durante tres semanas órtesis de tipo aeroplano en abducción y rotación externa por indicación del doctor... de la...

18.- El 12 de abril de 2016 acude a consulta en Rehabilitación, señalándose cicatrices operatorias correctas, así como limitación en rotación interna del hombro y del codo. En posterior consulta de 4 de mayo de 2016, la familia comunica que la niña sólo usa la órtesis por la noche, y que al día siguiente tenía concertada revisión con el doctor... en Barcelona. La exploración física revela hombro derecho levemente ascendido y discreta escápula alada, manteniéndose limitación de la rotación interna. Se pauta inicio de tratamiento de fisioterapia tras el período de postoperatorio, que se realizó hasta el mes de junio del mismo año, siendo suspendido por viaje de la familia.

19.- El 5 de agosto de 2016 tiene lugar revisión en Rehabilitación con el resultado de uso por la niña tanto de la mano derecha como izquierda, con “discreta torpeza (...) cuando tiene que elevar el brazo por encima de 90°”, prominencia de escápula derecha, y hombro derecho con movilidad pasiva libre, llegando a 140° de antepulsión y abducción, con codo y muñeca derecha libres. Se pauta continuación del tratamiento fisioterápico, y se cita de nuevo a la paciente para próxima revisión el 22 de diciembre de 2016. Esta consulta se cancela por la familia, realizándose la misma el 12 de enero de 2017, en ella se observa una utilización indistinta de ambas manos –con tendencia lógica a predominio de la izquierda-, ABD de hombro y flexión a más de 110°, y prensión con la mano buena.

Informes

A solicitud del instructor del procedimiento ha emitido informe la Jefa del Servicio de Pediatría del... y la FEA de Ginecología y Obstetricia del..., doctora...

En el primero se señala que la niña... nació el 8 de septiembre de 2014 producto de una gestación a término de (39 sem+5d), mediante parto instrumental con ventosa, indicándose que en el posparto inmediato tuvo una puntuación de Apgar 8/9.

Reseña que, según la historia clínica, fue ingresada por ictericia en Neonatología el día 11 de septiembre; así como que, en la exploración física, se describió que la recién nacida tenía buen aspecto general tinte icterico en la piel, y que se apreciaban hematomas en la extremidad superior derecha, así como una parálisis braquial derecha, hallazgos que se mantenían a la fecha del alta médica el día 16 de septiembre.

Durante su estancia en la unidad de neonatología se le realizaron tratamiento con fototerapia y se le inició el estudio de la ictericia, que se completó de forma ambulatoria, solicitándose consulta en el Servicio de Rehabilitación para el día 24 de septiembre, según se hace en los casos de parálisis braquial. Igualmente, se especifica que fue atendida en urgencias por cuadros banales hasta que se le visitó en el Servicio de Pediatría en la consulta de Neuropediatría en abril de 2016, el motivo de esta consulta fue diferente a su parálisis braquial de Erb.

Se señala que está escrito ese antecedente y que fue intervenida por ese motivo en el hospital... En su exploración neurológica se lee: "correcta apertura y prensión de mano derecha, pinza funcional, limitación en elevación de hombro".

Por su parte, en el informe emitido por la doctora..., FEA de Ginecología y Obstetricia del..., se describen los antecedentes clínicos de doña... y praxis seguida en el nacimiento de la niña..., dándose contestación prolija y detallada a las alegaciones formuladas por los reclamantes en su reclamación de responsabilidad. De entre ellas cabe destacar los siguientes datos y valoraciones.

Doña..., madre gestante de..., carecía de antecedentes de partos con distocia de hombros, habiendo dado a luz a dos hijos grandes. Se le hizo un seguimiento continuo del embarazo, recomendándole desde el inicio de la gestación controlar su peso para prevenir las complicaciones de la HTA o la diabetes. Se le realizó un despistaje de diabetes, según está recomendado en pacientes obesas, que resultó negativo en los tres trimestres.

Los datos derivados del control del embarazo habían dado unos parámetros y medidas del feto normales en el tercer trimestre, por debajo del percentil 50. La práctica de cesárea en su caso no estaba indicada, puesto que no existían, al término de la gestación, motivos científicos para pensar que el parto de su tercer hijo, tenía peor pronóstico que el de sus hijos mayores, que fueron grandes y los tuvo sin problemas. Tampoco se daban los factores de riesgo significativos que preceden a los partos obstructivos - la diabetes gestacional y la estimación de un peso fetal grande para la edad gestacional en el tercer trimestre-. La ganancia ponderal con la dieta adecuada se ajustó a las recomendaciones de SEGO para mujeres embarazadas obesas; no siendo la obesidad por sí un factor de riesgo suficiente para indicar una cesárea.

El día 7 de septiembre del 2014 acudió al... con su embarazo a término, exactamente de 39+4 semanas, 3 días antes de la fecha probable de parto, diagnosticándosele rotura prematura de membranas a término y estableciéndose el protocolo de bolsa rota (SEGO 2013). En este caso, existiendo la indicación y no concurriendo las contraindicaciones para ello fijadas en el protocolo, se le realizó inducción del parto con prostaglandinas vaginales.

La evolución durante el ingreso fue la habitual en estos casos. La paciente continuó las fases latente y activa del parto en el área de partos, en su habitación de dilatación, con monitorización materna y fetal continua. Se le administró anestesia epidural con 5 centímetros de dilatación por deseo expreso y firmado de la paciente. Esta primera etapa de dilatación evolucionó sin demoras ni detenciones (6 horas de fase latente, 9 horas de fase activa del parto). Una vez finalizada la dilatación y cuando la cabeza

estaba próxima a salir (segunda etapa del parto o etapa de expulsivo), la matrona trasladó a la paciente al paritorio situado en la misma área de partos. Conforme al protocolo, no habiéndose producido el parto en la fase de expulsivo con la fuerza de las contracciones y el pujo materno, se solicitó la valoración y actuación de la obstetra para finalización del parto.

En el informe se enumera el personal que atendió a la paciente al ser trasladada al paritorio; siendo asistida por la matrona, la ginecóloga especialista en obstetricia, dos ginecólogas cuya ayuda se solicitó, el neonatólogo, siempre presente en los partos instrumentales y cesáreas, el anestesista, las enfermeras de anestesias, una auxiliar y un celador.

También se indica que en el paritorio se puso en marcha el protocolo para la correcta atención de la paciente. Se evaluó el bienestar fetal, la posición y descenso de la cabeza. Se localizó la posición exacta de la cabeza fetal en la pelvis materna, conociéndose automáticamente la posición del hombro derecho e izquierdo fetales y valorando la idoneidad de la vía vaginal de parto. Dado que el parto no se producía con la fuerza de las contracciones unida a la fuerza de los pujos maternos, se utilizó la ventosa obstétrica para aliviar la fase del expulsivo.

En el informe se resalta que la “distocia de hombros se diagnostica en el momento de la salida del bebé pero había un plan organizado para atenderla adecuadamente en caso producirse”. Este consistió en evaluar si el hombro retenido es el anterior, el posterior o ambos, diagnosticándose la retención del hombro anterior. Se eligió las maniobras para resolver la distocia: en primer lugar, la maniobra de rotación de los hombros y, al no producirse dicha rotación, se eligió como segunda la extracción del hombro posterior extrayendo el brazo posterior. Al intentar esta maniobra se produjo la rotación de los hombros y la salida del hombro anterior. Se afirma expresamente que la obstetra “en ningún momento tracciona de la cabeza del bebé”.

Tras la salida de los hombros se diagnosticó una circular prieta de cordón en el cuello fetal y se le liberó como está recomendado, aplicándose oxitocina a la madre para prevenir la hemorragia postparto.

El bebé nació con buenos resultados bienestar y oxigenación “APGAR (8 al primer minuto y 9 a los 5 minutos) y PH (7.32 en arteria y 7.39 en vena de cordón umbilical)”.

Como consecuencia de la distocia de hombros se produjo una parálisis braquial superior en la recién nacida, afirmándose que esta “parálisis braquial no se produce por la tracción de la ginecóloga de la cabeza fetal puesto que dicha tracción no se realiza”.

En el informe se hace hincapié en que el hecho de que la recién nacida sufriera una parálisis braquial no implica que se hubiera infringido la “*lex artis*”, siendo un acontecimiento de fuerza mayor. Se señala que “la lesión del plexo braquial se puede producir por las propias fuerzas del parto y no es precisa la manipulación para que un recién nacido la padezca”, describiéndose “parálisis braquial en la cesárea y en casos en los que no ha intervenido ni la matrona ni el ginecólogo a la parturienta”. Se abunda en la idea de que, según SEGO 2015, no todas las lesiones de este tipo “se deben al exceso de tracción por parte del asistente al parto, existiendo suficiente evidencia que apoya que la fuerza propulsiva materna también contribuye a estas lesiones”.

Entre las diversas apreciaciones que se recogen en el informe cabe destacar la referencia a que la asistencia al parto fue correcta en cuanto a la inducción por la rotura de membranas a término que presentaba la paciente, la administración de medicamentos para dicha inducción, la administración de anestesia epidural, la asistencia al expulsivo, la resolución de la distocia de hombros, las maniobras elegidas para la desimpactación del hombro retenido y la atención al postparto, quedando basadas en la buena evidencia científica y siguiéndose las recomendaciones de la sociedad científica de ginecología española, inglesa y americana.

Se refutan las alegaciones recogidas en la reclamación sobre las que se basa la valoración de una mala praxis médica, destacándose la atención que se le dispuso a la madre, que la obesidad no es un factor de riesgo específico para la distocia de hombros, así como que este dato no determina por sí la recomendación de la cesárea. También se pone de relieve que la

cesárea es una intervención con mayores riesgos de complicaciones y mortalidad, por lo que no procede realizarla si su beneficio no supera el riesgo.

Se abunda en que la ecografía del tercer trimestre de... no diagnosticaba un feto macrosómico, sino normal, que los hematomas en la extremidad superior derecha del bebé podían estar en relación con las maniobras de rotación de los hombros y de extracción del brazo posterior, poniéndose de relieve que no existían lesiones moradas en la piel de cuello, bajo la cual se encuentra el plexo braquial. Igualmente se indica que la hemorragia suprarrenal derecha que se objetivó a los días del parto no tiene relación con el parto, pues la glándula suprarrenal está dentro del abdomen fetal en una zona no sometida a presión.

Por último, se señala que la intervención quirúrgica fue consecuencia de la lesión del plexo braquial superior producida tras la distocia de hombros sufrida en el parto, siendo este un acontecimiento fortuito. El modo de proceder de la ginecóloga, eligiendo maniobras en las que se cambia la posición de los hombros para favorecer su desenclavamiento sin traccionar de la cabeza fetal, excluía por completo la incidencia en el mecanismo de producción de la lesión del plexo braquial sufrida por la menor.

El informe concluye que:

- “1. La distocia de hombros es un acontecimiento de fuerza mayor.
2. La distocia de hombros no se puede prevenir, predecir o evitar.
3. La atención al embarazo de la paciente se realizó según la *lex artis*.
4. La atención al parto vaginal en la paciente se realizó según la *lex artis*.
5. La atención de la distocia de hombros se realizó según la *lex artis* por una obstetra con experiencia.
6. No existe nexo de causalidad entre la distocia de hombros y una mala asistencia sanitaria.
7. No existe nexo de causalidad entre la lesión del plexo braquial y una mala asistencia sanitaria.
8. La lesión del plexo braquial de la hija de la paciente no la produjo la ginecóloga.

9. La lesión del plexo braquial se puede producir sin intervención del personal clínico (ginecóloga o matrona) que atienden los partos”.

Dictamen médico.

Consta en el expediente el informe pericial emitido por... (...). En el informe de fecha 28 de abril de 2017, suscrito por una especialista en Obstetricia y Ginecología y Doctora en Ciencias de la Salud, se realiza un resumen de la historia clínica, reflejando los antecedentes familiares, personales, gineco-obstétricos de la doña... También se detalla el desarrollo de los acontecimientos en el momento crítico del parto, coincidentes con los relatados en el informe de la doctora..., así como la evolución de la recién nacida, quien tras el parto presentaba buen estado hemodinámico y neurológico con los únicos hallazgos de la parálisis proximal del miembro superior derecho con paresia distal y la presencia de hematomas en la extremidad superior derecha.

La pericial analiza la utilización de la ventosa obstétrica en el caso, la patología de la distocia de hombros y de la parálisis branquial obstétrica.

Se destaca el carácter de urgencia obstétrica impredecible e imprevisible de la distocia durante el parto, señalándose que la existencia de distocia de hombros no constituye una evidencia de mala praxis médica. Igualmente, se refiere que las maniobras que han de llevarse a cabo en tales casos deben realizarse en un breve periodo de tiempo a fin de evitar la asfixia fetal y se afirma, respecto a su incidencia en la lesión del plexo braquial, que “se ha atribuido tradicionalmente a la tracción lateral excesiva de la cabeza fetal en el parto, durante la fase final del expulsivo. Por este motivo, es más frecuente cuando se presenta una distocia de hombros. Sin embargo, la lesión del plexo braquial no siempre se debe a las maniobras del parto, ya que se han descrito casos de daño previo al parto y también en nacidos mediante cesárea (incidencia 0.03-0.15%)”.

En el análisis de la praxis médica aplicada al caso destaca que la madre presentaba una obesidad grado II y había tenido dos partos eutócicos sin complicaciones ni distocia de hombros, con pesos fetales de 3.900 y 4.300 gramos. También refiere el seguimiento que se le realizó durante el

parto, destacado el hecho de que sólo hubiera incrementado su peso en 8 Kg.

Se alude al correcto tratamiento dispensado a la gestante tras rotura de la bolsa e inducción al parto, así como que no se observó “ninguna anomalía hasta sobrepasar las 2h y 30 min de tercera fase del parto, momento en que la matrona avisó a la ginecóloga responsable por periodo expulsivo prolongado. Se comprobó una presentación fetal en III plano de Hodge, en una variedad occípito-iliaca izquierda anterior, quedando indicada la finalización del parto por vía vaginal, pero abreviando el expulsivo mediante la aplicación de un instrumento”.

En la pericial se indica que “las condiciones obstétricas descritas permitían la utilización de cualquier instrumento obstétrico, quedando su elección exclusivamente a criterio del profesional responsable y a la disponibilidad en el centro en cuestión”. Igualmente se alude a la precaución tomada por la ginecóloga responsable que ya durante la aplicación de la ventosa, en previsión de una posible distocia de hombros, avisó al resto del equipo ginecológico y anestésico.

En cuanto a la resolución del problema de la distocia de hombros, que es inevitable e impredecible, se indica que “la ginecóloga aplicó de manera secuencial dos maniobras correctas como son la rotación del hombro anterior y, al fracasar esta, la extracción del hombro posterior, consiguiendo la salida fetal y la finalización del expulsivo con un buen nivel de oxigenación, demostrado por el pH arterial y venoso de salida y la puntuación en el test de Apgar”. Estas maniobras, se indica, que persiguen este fin “la extracción del feto en el menor tiempo posible para evitar eventos hipóxico-isquémicos, de consecuencias potencialmente más graves para el pronóstico fetal a largo plazo que las posibles lesiones del plexo braquial. De haber transcurrido más tiempo, se podría haber obtenido un peor resultado perinatal, desde el punto de vista hemodinámico, que podría haber evolucionado a una encefalopatía neonatal”.

El informe termina concluyendo que la atención prestada fue conforme a la *lex artis*:

“La paciente recibió la atención correcta durante su inducción del parto por rotura prematura de membranas. Se diagnosticó correctamente el periodo expulsivo prolongado, estando indicada la aplicación de un instrumento obstétrico, diagnosticándose durante el descenso de la cabeza fetal una distocia de hombros ante la que se realizaron las maniobras correctas, lográndose la extracción fetal antes del establecimiento de un daño cerebral potencialmente irreversible. La lesión obstétrica del plexo braquial del recién nacido, si bien no puede atribuirse directamente a las maniobras del parto, pudo verse favorecida por ellas; sin embargo, la aplicación del instrumento obstétrico y la realización de las maniobras descritas para la resolución de la distocia de hombros quedaban sobradamente justificadas por el riesgo mayor que habría supuesto una hipoxia cerebral.

La evolución de la parálisis braquial derecha de la recién nacida y sus posibles secuelas exceden el alcance de este informe, destinado exclusivamente a la valoración de la actitud obstétrica, que se ajustó estrictamente a los protocolos de la SEGO, tanto en el seguimiento del embarazo como en la atención al parto”.

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio de fecha 5 de junio de 2017, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia al interesado por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, otros documentos y las justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se facilitó copia de la documentación incorporada al expediente relativa a los episodios de la Historia Clínica de la niña..., la proporcionada por el... sobre la identificación del personal que atendió el nacimiento de la pequeña presente en el momento de producción de los hechos, así como el dictamen pericial emitido por...

Por escrito de 20 de junio de 2017, el reclamante presentó alegaciones en las que niega que la madre no tuviera problemas en sus anteriores partos, se afirma que es imposible que no hubiera tracción pues se aplica en todos los partos para sacar al feto, protesta por no haber tenido acceso a la documentación y todo el historial de aquélla, así como a las ecografías y demás documentación, y se señala que el informe no hace referencia a las actuaciones del SNS para detectar la macrosomía del feto, atención y

seguimiento del embarazo. El escrito concluye suplicando que se anule la resolución de 5 de junio y se dé traslado de la documentación.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta en nombre y representación de don..., que actúa en su propio interés y en el de su hija menor de edad, doña..., por lesiones sufridas durante su nacimiento a causa del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Tras referir los antecedentes de hecho, su fundamentación analiza la concurrencia de los requisitos necesarios para que proceda la responsabilidad patrimonial, y la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “*lex artis*” en la determinación de una actuación médica correcta. Se hace eco del informe de la doctora... sobre la praxis médica aplicada en el control de la gestante y la imprevisibilidad de la distocia de hombros en el momento de parto, así como de la atención dispensada al feto en el momento del parto, concluyendo que no se ha vulnerado la “*lex artis ad hoc*” y no se ha acreditado por la parte reclamante que se hubiera infringido ésta. Sobre las consideraciones de la pericial realizada por..., se apunta que no puede establecerse relación de causalidad entre la lesión del plexo branquial y la asistencia sanitaria recibida.

Igualmente, se justifica la denegación de la apertura de un periodo de prueba extraordinario por limitarse a la petición de nuevos documentos no relevantes, aunque posteriormente se indica que fueron facilitados a la reclamante para no obstaculizar su derecho a valerse de todos los medios de prueba.

Por último, se propone la solicitud del dictamen preceptivo al Consejo de Navarra, conforme al artículo 14.1.i) de la LCN por superar la indemnización reclamada el importe de trescientos mil euros.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, en nombre y representación de don..., que actúa en su propio interés y en el de su hija menor de edad, doña..., por lesiones ocasionadas a ésta a causa del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos durante su nacimiento. Es ésta una consulta, en un expediente de responsabilidad patrimonial, de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 14.1.i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes administrativos tramitados por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en los que la ley exija el dictamen de un órgano consultivo, que se refieran, entre otras, a “reclamaciones de responsabilidad patrimonial en las que se solicite una indemnización en cuantía igual o superior a trescientos mil euros”.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen como preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros.

En orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto a la tramitación del presente procedimiento, se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias a tener en cuenta en la atención prestada a la reclamante, obrando en el mismo su historial clínico, los informes emitidos por los distintos servicios médicos, así como el informe médico pericial emitido por... Se ha dado trámite de audiencia, con traslado de copias de los informes obrantes en el expediente y acceso al historial médico, presentando la parte interesada las alegaciones que ha considerado oportunas, todo ello previo a la formulación de la propuesta de resolución.

Finalmente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la LFCN, se ha dado audiencia a la interesada, no recibándose en el plazo concedido al efecto, alegación alguna.

Con base en todo ello, consideramos que se ha dado cumplimiento a la normativa aplicable, por lo que el procedimiento seguido se considera correcto.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida y como una institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra actualmente su desarrollo normativo en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP), y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), completándose la regulación establecida por el artículo 76 y siguientes de la LFACFN que contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye el artículo el artículo 32.1 de la LRJSP a cuyo tenor “los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

II.3ª. En particular, la antijuridicidad del daño y cumplimiento de la “*lex artis*”.

Conforme al artículo 34.1 de la LRJSP: “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 49/2016 de 21 de octubre, 17/2017 de 8 de junio, o 26/2017 de 20 de junio), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación

se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la “*lex artis*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la “*lex artis*”, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la “*lex artis*” es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (“*lex artis*”). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha “*lex artis*”; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, como sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la “*lex artis*” (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha

reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003).

Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que «en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuricidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la "*lex artis ad hoc*"; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso la reclamación de responsabilidad patrimonial contra la Administración se funda en una presunta infracción de la "*lex artis*" por la asistencia sanitaria llevada a cabo en el nacimiento de la menor..., por considerarse que debía haberse evitado que se produjera un parto con distocia de hombros y entenderse que no fue tratada la incidencia adecuadamente, lo que se estima es la causa de la parálisis braquial derecha que padece.

Para valorar si cabe estimar que la atención sanitaria dispensada a la gestante, doña..., en el parto en el que nació la menor... fue conforme a la "*lex artis*", y si puede estimarse que a la nacida se le irrogó un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar, debemos partir de los datos que resultan de la historia clínica y los informes médicos aportados al expediente.

En primer lugar, debemos analizar si, conforme a los datos médicos concurrentes durante la gestación de..., los profesionales sanitarios debían haber anticipado que podría presentarse un parto con distocia de hombros que aconsejara que el nacimiento fuera por cesárea y no por vía vaginal;

cuestión que se afirma en la reclamación alegando la existencia de obesidad en la madre y la macrosomía del feto.

Como punto de partida cabe recordar lo señalado tanto en el informe de la doctora..., como en la pericial de..., sobre la distocia de hombros: (DH) “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”, supone “la detención del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros”.

En cuanto a la eventual predicción de la DH indica la pericial de... que: “Aunque existen factores de riesgo asociados a la DH que pueden identificarse antes o durante el trabajo de parto” –esto es, la macrosomía fetal, la diabetes, el antecedente de DH previa, obesidad (IMC mayor de 30), la ganancia ponderal excesiva, el embarazo prolongado, el antecedente de macrosomía, la edad materna avanzada, la multiparidad, la pelvis no ginecoide, o el sexo fetal masculino-, “estos son tan comunes que carecen tanto de sensibilidad como de especificidad. Por otro lado, la mayoría de casos de DH ocurren en ausencia de factores de riesgo identificables”.

La macrosomía fetal, se dice, puede ser “el factor de riesgo más importante”, aunque “su valor en la prevención de la DH es bajo. La mayoría de los recién nacidos con peso al nacimiento mayor de 4.500 gramos no desarrollan esta complicación y, aproximadamente, la mitad de los casos de DH se presentan en recién nacidos menores de 4.000 gramos. Además, la estimación clínica del peso fetal es poco fiable y la valoración ecográfica en el tercer trimestre tiene un margen de error de al menos un 10% y una sensibilidad que no llega al 70% para la macrosomía. Es por ello que la inducción del parto y la cesárea electiva en gestantes no diabéticas con sospecha de macrosomía fetal no ha demostrado prevenir la DH y que se considere innecesaria la estimación del peso fetal en gestantes de bajo riesgo... El ACOG afirma que es 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. Sin embargo, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) considera innecesaria la estimación del peso fetal en gestantes de bajo riesgo y por lo tanto no establece ninguna recomendación en referencia al peso fetal en mujeres no diabéticas, sumándose a la recomendación de cesárea profiláctica en diabéticas con peso fetal estimado mayor de 4.500 g”.

Por otra parte, la obesidad de la madre, se señala en el informe de la doctora..., no es un factor de riesgo “per se” suficiente para indicar cesárea; y, según el protocolo SEGO sobre obesidad y embarazo de 2013, no se ha demostrado mayor riesgo de distocia de hombros en la población obesa.

Doña..., madre gestante de..., contaba en el momento de los hechos 36 años, sin alergias medicamentosas ni intervenciones quirúrgicas conocidas. Presentaba una obesidad grado II y había tenido dos partos eutócicos sin complicaciones ni distocia de hombros, con pesos fetales de 3.900 y 4.300 g.

En esta tercera gestación a término, según se refiere en los datos de la historia clínica, se le realizó un estricto seguimiento médico. Fue controlada en su centro de salud (8 visitas de ginecología y matrona, 3 analíticas de 1º, 2º y 3º trimestres, analítica genética en las semanas 8 y 15, cultivo vaginorectal para cribado de estreptoco del grupo B, ecografías de 1º, 2º y 3º trimestre), conforme a las recomendaciones SEGO. Los resultados fueron normales. Se le insistió, por la obesidad de la paciente, en la importancia de controlar la ganancia ponderal durante el embarazo, consiguiéndose un aumento de solamente 8 kg. El peso fetal estimado en el tercer trimestre de gestación normal, según la última ecografía, se hallaba por debajo del percentil 50, por lo que no se sospechó que pudiera producirse una macrosomía fetal.

Todo ello supuso que no mediara indicación para evitar el parto vaginal y que la paciente llegara con la bolsa rota el 7 de septiembre de 2014 con un embarazo a término de 39+4 semanas, 3 días antes de la fecha probable del

parto, induciéndosele el parto con prostaglandinas vaginales y administrándole la profilaxis antibiótica preceptiva.

En virtud de estos datos no parece que quepa considerar que exista vulneración de la *lex artis* médica de los profesionales sanitarios que atendieron a doña... en el embarazo y comienzo de parto al haberle indicado un parto vaginal y descartar en el caso la cesárea. Como se ha puesto de relieve en los informes reseñados, el control del embarazo y la decisión sobre la finalización de la gestación por parto vaginal se ajustaban a los protocolos reconocidos por la SEGO sobre obesidad y embarazo; no derivándose otra cosa del control y seguimiento realizado a la gestante y al feto, cuya estimación de peso en el tercer trimestre estaba por debajo del percentil 50, ni tampoco de sus precedentes médicos, pues la gestante había dado a luz con anterioridad dos hijos grandes sin incidencias.

Por tanto, cabe estimar que aquella decisión se ajustó a las circunstancias concretas concurrentes y los datos con los que se contaba, sin que el suceder de los acontecimientos ulteriores pueda proyectarse retroactivamente para valorar una actuación médica a la que se le exige ajustarse a la "*lex artis*" al tiempo y circunstancias en que ha de ser aplicada. Ello cabe estimarlo así máxime si se tiene en cuenta que la técnica de la cesárea no es en sí inocua, pues incrementa respecto al parto vaginal el riesgo de la mortalidad materna, como también ponen de relieve los profesionales médicos.

Cabe reseñar que la jurisprudencia, valorando la hipotética pérdida de oportunidad en supuestos próximos al que nos ocupa, STSJ de Castilla y León de 7 de noviembre de 2014, número 2266/2014, confirmada por STS de 23 de mayo de 2017, número 888/2017, reconoce que:

“Con carácter general hemos de poner de manifiesto la improcedencia de reproches asistenciales que se fundan en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado luego conocido -en este caso, desprendimiento de placenta-, incurriendo así en la prohibición de regreso a la que esta Sala se ha referido en varias ocasiones -por todas, Sentencia de 22 de noviembre de 2013, recurso 741/2010-, doctrina en cuya virtud debemos tener en cuenta que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es

factible cuestionarse el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico. A esta prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico se refieren las SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011; es decir, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.

La segunda cuestión que se ha de valorar es si, en la atención médica llevada a cabo durante todo el proceso del parto y nacimiento de la menor, se cumplieron las exigencias de la “*lex artis ad hoc*”.

En el informe de la doctora... y la historia clínica se refleja que doña..., una vez ingresó con la bolsa rota el 7 de septiembre de 2014, se le aplicó el protocolo de bolsa rota. Se le indujo al parto con prostaglandinas vaginales, conforme al protocolo SEGO 2013, y se le administró la profilaxis antibiótica preceptiva. Se siguieron las fases latente y activa del parto con monitorización materna y fetal continua, ofreciéndole alivio del dolor. Se le administró anestesia epidural con 5 centímetros de dilatación por deseo expreso y firmado de la paciente.

La primera etapa del parto, o etapa de dilatación, evolucionó sin demoras ni detenciones (6 horas de fase latente, 9 horas de fase activa del parto); y, una vez finalizada la dilatación, la matrona trasladó a la paciente al paritorio.

En la fase de expulsivo, la matrona estimó que no podía completarse el parto con las contracciones y el pujo materno, por lo que sondó a la madre, monitorizó al feto y evaluó el bienestar fetal, avisando a la obstetra –

doctora.... Ésta, en previsión de las posibles complicaciones que pudieran existir en el parto, avisó a las dos ginecólogas doctoras... y..., así como al anestésista.

En el informe de la historia clínica informatizada, recogido en el emitido por la doctora..., se puede leer que:

“Avisan de paritorio por expulsivo prolongado en multípara. Sondaje vesical efectuado. Presentación OIIA III plano. Feto reactivo, sin deceleraciones. Aplicación de ventosa kiwi en OIIA III plano. Aviso al equipo de guardia de gine y anestesia ante la previsión de distocia de hombros. Vacío rápido y descenso adecuado de la presentación hasta salida de calota fetal donde frena el descenso y con feto tortuga. Distocia de hombros, compruebo hombro posterior por debajo del promontorio, intento rotación del hombro anterior sin éxito. Intento rotación del hombro posterior sin éxito, así como extracción del hombro posterior. En el intento de esa maniobra rota consigo rotación a eje oblicuo de los hombros y se desimpacta el hombro anterior con salida del feto con circular prieta. Alumbramiento espontáneo. Atonía uterina con sangrado abundante que resolvemos con masaje uterino, y oxitocina ev 20 ui en RL. Ponemos gelafundina ev 500 ml. Revisión de canal: desgarró perineal de segundo grado en lado derecho. Se palpa integridad del aparato esfinteriano. Sutura por planos. Tacto vaginal y rectal posteriores normales”.

En relación con esos hechos la pericial de... señala que, “según figura en el partograma, la inducción fue efectiva, manteniéndose constantes maternas y fetales normales, no observándose ninguna anomalía hasta sobrepasar las 2h y 30 min de tercera fase del parto, momento en que la matrona avisó a la ginecóloga responsable por periodo expulsivo prolongado. Se comprobó una presentación fetal en III plano de Hodge, en una variedad occípito-iliaca izquierda anterior, quedando indicada la finalización del parto por vía vaginal, pero abreviando el expulsivo mediante la aplicación de un instrumento”.

En cuanto al instrumento elegido, ya que el parto no se producía con la fuerza de las contracciones unidas a los pujos maternos, se dice que “las condiciones obstétricas descritas permitían la utilización de cualquier instrumento obstétrico, quedando su elección exclusivamente a criterio del profesional responsable y a la disponibilidad en el centro en cuestión. En

este caso, se aplicó una ventosa Kiwi, observándose un descenso correcto de la presentación”.

Una vez diagnosticada la distocia de hombros, se califica de adecuada la actuación médica llevada a cabo: “la ginecóloga aplicó de manera secuencial dos maniobras correctas como son la rotación del hombro anterior y, al fracasar esta, la extracción del hombro posterior, consiguiendo la salida fetal y la finalización del expulsivo con un buen nivel de oxigenación, demostrado por el pH arterial y venoso de salida y la puntuación en el test de Apgar”.

Así, el test de APGAR arrojó unos valores de 8 al primer minuto y 9 a los 5 minutos, y un ph de 7.32 en arteria y 7.39 en vena de cordón umbilical. Cabe destacar que a la recién nacida se le diagnosticó una circular prieta de cordón en el cuello fetal de la que fue liberada según está recomendado.

Advierte el informe de... que el objetivo de las maniobras que se realizan para resolver una distocia de hombros “persiguen fundamentalmente este fin: la extracción del feto en el menor tiempo posible para evitar eventos hipóxico-isquémicos, de consecuencias potencialmente más graves para el pronóstico fetal a largo plazo que las posibles lesiones del plexo braquial. De haber transcurrido más tiempo, se podría haber obtenido un peor resultado perinatal, desde el punto de vista hemodinámico, que podría haber evolucionado a una encefalopatía neonatal”.

En cuanto a la idoneidad de las maniobras empleadas para la resolución de la distocia de hombros se señala, en el informe de la doctora..., que “cuando la distocia de hombros es manejada inicialmente con rotación de los hombros, maniobra de Woods, o con el parto del brazo posterior, la tasa de lesión es significativamente menor que cuando inicialmente se maneja con la maniobra de McRoberts y tracción”.

En consecuencia, cabe concluir que la atención dispensada en el parto para resolver el problema de distocia de hombros se ajustó a la “*lex artis ad hoc*”. Siendo ello así, la lesión de plexio braquial que se atribuye a la aplicación técnica realizada durante el parto no puede estimarse que sea un

daño del que nazca para la Administración la obligación de indemnizar, debiéndose recordar lo señalado en un supuesto próximo por la STSJ de Navarra de 3 de noviembre de 2016, número 464/2016: “siendo por lo demás la obligación de la medicina asistencial y, por extensión, de los servicios públicos que la prestan, de medios y no de resultados (ss. 14 octubre 2002, 10 junio 2003 y 19 octubre 2004), no siempre la falta de consecución de éstos o la derivación de resultados indeseados son por sí solas indicativas de una deficiente o inadecuada prestación sanitaria, que en todo caso ha de enjuiciarse atendiendo a la actividad desplegada y su adecuación a la *lex artis ad hoc*”.

No queda desvirtuada esta apreciación por la estimación de... respecto al posible origen de la lesión del plexo braquial, cuando plantea que: “Aunque no es posible atribuir directamente el daño nervioso del miembro superior derecho al parto instrumental, este factor, así como la necesidad de inducción del parto o la multiparidad, podría haber contribuido a la lesión del plexo braquial del paciente”.

Esas maniobras, como se reseña a reglón seguido en el informe, evitaron que la menor pudiera sufrir daños de mayor entidad:

“Sin embargo, la existencia de un peligro mayor, como la potencial asfixia neonatal en el contexto de una distocia de hombros, condujo al profesional que atendió el parto a finalizar el expulsivo de la manera más rápida y eficaz posible. De esta manera, se extrajo al feto en un buen estado hemodinámico, evitando la evolución de la distocia de hombros a un cuadro más grave, de consecuencias más difícilmente previsibles, pero seguramente de peor pronóstico que la lesión del plexo braquial que presentó la recién nacida”.

De otra parte cabe señalar que no consta en el expediente informe o prueba pericial, presentada por la parte reclamante, que contradiga estas apreciaciones; siendo doctrina jurisprudencial reiterada que las alegaciones sobre infracción de la *“lex artis”* ha de acreditarse a través de medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues ésta es una cuestión eminentemente técnica (entre otras, STS de 14 de octubre de 2010).

No altera las apreciaciones expuestas la doctrina del daño desproporcionado, pues se ha acreditado la correcta actuación en los actos médicos seguidos y atención al parto conforme a las circunstancias concurrentes en el caso. A este respecto debe recordarse, como señala la STSJ de Navarra de 12 de marzo de 2014, número 149/2014, haciéndose eco de la doctrina del Tribunal Supremo, que la admisibilidad del daño desproporcionado exige la ausencia de una explicación coherente por parte la Administración (STS de 9 de diciembre de 1999 y de 16 de abril y 5 de diciembre de 2007), y no se aprecia aquel daño cuando exista tal explicación (Sentencia de 30 de junio de 2009); pues como indica la STS de 17 septiembre 2012 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª) “no hay daño desproporcionado atendiendo al resultado, (cuando) el mismo entra dentro de una esfera posible que se ha de evitar pero que no es posible en todos los casos”.

En atención a todo lo expuesto el Consejo de Navarra considera que, en el presente caso, los servicios sanitarios han actuado conforme a la “*lex artis ad hoc*” y no puede estimarse que la parte reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial para la Administración por el funcionamiento de sus servicios sanitarios públicos.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que debe desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos formulada don..., en nombre y representación de don..., quien actúa en su propio interés y en el de su hija menor, doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.