

Expediente Núm. 165/2018  
Dictamen Núm. 231/2018

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 18 de octubre de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de junio de 2018 -registrada de entrada el día 20 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su hijo recién nacido que atribuye a la atención recibida durante el parto.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 19 de septiembre de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hijo.

Expone que el día 1 de noviembre de 2016 acude al Hospital ....., ingresando con el diagnóstico de “estadio prodrómico de trabajo de parto y ruptura prematura de membranas, con resultado de monitorización de frecuencia cardíaca fetal normal o tranquilizador”. Precisa que en esa fecha se encontraba en la semana “41+3 de embarazo” y que este transcurrió “sin incidentes reseñables, presentando controles analíticos, ecográficos y de monitorización (...) cardiotocográfica fetal normales, sin signos de patología fetal”.

Considera que “el propio obstetra provocó la distocia de hombros al traccionar de la ventosa antes de que la cabeza del feto rotara para colocar su nuca debajo de la sínfisis del pubis materno”. También denuncia “que al ver que era incapaz de sacar al bebé debería haber buscado ayuda en otro compañero, como así le insistía una de las enfermeras, pues su obcecación por terminar el parto llevó al fallecimiento” del bebé.

De otro lado, señala que “el *addendum* que se hace *a posteriori* para tratar de explicar el mecanismo causante de la distocia” por parte de la doctora “es falaz, ya que no figura explícitamente que estuviera presente en el parto ni que fuera ella quien realizara las maniobras de Roberts para resolver la distocia”.

La interesada afirma que “si se hubiera aplicado correctamente la ventosa y rotado la cabeza para que los hombros también lo hicieran no se habría producido la distocia”.

Apoya sus imputaciones en el informe médico-pericial que adjunta elaborado por un especialista en Ginecología y Obstetricia, en el que se explica que la distocia de hombros “se produce cuando el hombro anterior se engatilla chocando contra el pubis”, lo que en este caso se produjo “como complicación de la tracción con ventosa y, por tanto, podemos asumir que causada por la aplicación de este instrumento./ Con la ventosa se favorece la salida de la cabeza pero se dificulta la extracción de los hombros, que se pueden quedar atascados en una posición oblicua respecto al eje mayor del estrecho inferior de

la pelvis, situación en la cual el propio obstetra provoca la distocia de hombros al traccionar de la ventosa antes de que la cabeza del feto rote para colocar su nuca debajo de la sínfisis del pubis materno". Señala que, "según las anotaciones del doctor, la justificación de aplicación de la ventosa era `3 horas y media con la misma dilatación (dilatación completa)´. Si esto se corresponde con la realidad fue correcto aplicar la tracción con ventosa, ya que se trataba de un expulsivo prolongado en base al documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia", según el cual "si la mujer está con epidural se considerará expulsivo prolongado a partir de 3 horas del comienzo del periodo expulsivo en la nulípara y de 2 horas en la múltipara". No obstante, reseña que "en la documentación presentada por el hospital no se ha encontrado el partograma ni las anotaciones de la matrona describiendo la evolución secuencial de la dilatación, el momento de dilatación completa y la evolución de la altura de la presentación del feto, documentación que debería estar presente". Ante la ausencia de notas de la matrona, manifiesta haber entrevistado a la madre y, según el relato de esta, "cuando se le rompió la bolsa (18:30 h) oyó que la exploración era de 6 cm, y en torno a las 23 h oyó a la matrona decir que la dilatación era de 9 cm./ Si fuera cierto el relato de la madre respecto a los tiempos, entonces no habría justificación para la aplicación de la ventosa y habría constituido una mala praxis". Añade que "el 2 de noviembre de 2016, a las 00:45 h, nace el recién nacido presentando un Apgar de 0-1-2 (puntuaciones críticamente bajas) que fallece a las 03.00 h (...). Existe causalidad directa entre la tracción con ventosa y la distocia de hombros (...). Existe causalidad directa entre la distocia de hombros, la falta de oxígeno y el posterior fallecimiento".

Solicita una indemnización de ciento cincuenta mil euros (150.000 €) por "los padecimientos morales y psicológicos padecidos por mi marido y por mí misma", que "fueron grandes e intensos, pues al dolor de ver a su hijo recién nacido fallecer se sumó la convicción de que se erró en la forma de asistir el parto, pudiéndose haber evitado el fatal desenlace".

**2.** El día 27 de septiembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**3.** Con fecha 9 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada el expediente al Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto a fin de que incorpore al mismo los documentos e informes que estime pertinentes.

**4.** Mediante escrito de 9 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**5.** El día 10 de octubre de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica de la perjudicada.

**6.** Con fecha 11 de octubre de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación.

El 20 de ese mismo mes, le envía una copia en formato electrónico de la historia clínica de la paciente, y el día 2 de noviembre de 2017 le traslada el informe librado por el Responsable de Partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital ..... el 30 de octubre de 2017. En él indica que "la

paciente no presentaba ningún factor de riesgo anteparto para distocia de hombros acorde a la SEGO, por lo que esta no era predecible”.

En cuanto a la evolución del parto, manifiesta que “es muy buena para una primípara y alejada de los criterios diagnósticos de detención del parto, que establece la evidencia científica y la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Política Social ‘Atención al Parto Normal’./ La evolución del parto es por tanto correcta”.

Respecto a la fase de expulsivo, señala que “el informe del partograma está acorde con los documentos de consenso de la SEGO de 2007 y la indicación de parto instrumental”.

Finalmente, afirma que “una vez diagnosticada la distocia de hombros se realizan maniobras de primer y segundo nivel descritas en el protocolo de la SEGO 2015. La tasa de mortalidad fetal descrita es del 0 hasta el 0,4 %”.

**7.** Mediante escrito de 29 de enero de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV la ampliación de la documentación remitida a efectos de que se emita informe médico-pericial por la compañía aseguradora; en concreto, le requiere “toda la documentación de evolución del parto (partograma, comentarios de la matrona, registros cardiotocográficos), anotaciones médicas durante el parto, protocolo del parto (ventosa), alta pediátrica (...), protocolo de necropsia (si se realizó) (y) descripción de los hechos realizado por el ginecólogo que realizó el parto y por su compañera e informe de la matrona”.

El 22 de febrero de 2018, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el Protocolo de Atención al Parto Normal y las Indicaciones de cesárea del Hospital ....., el partograma, las hojas de curso clínico hospitalario, el comentario de los hechos realizado por el Facultativo Especialista del Área de Ginecología que asistió el parto, el informe de la matrona y el informe clínico de exitus del recién nacido.

El Facultativo Especialista del Área de Ginecología expone que “a las 0:45 se me llama a evaluar (a la) paciente por llevar unas 2:30 horas en dilatación completa y además presenta líquido teñido 2+./ Exploro (a) la paciente y encuentro tv: 10. Borramiento: 80% - 100 %. Consistencia: blanda. Posición cérvix: centrado (anterior). Plano de Hodge: estación 0. Líquido teñido 2+./ Tras varios pujos activos con la paciente evidencio que la cabeza fetal desciende de una estación 0 a una estación +3, OIDP y el líquido teñido empeora 3+. La madre se encontraba muy cansada y cada vez pujaba de forma irregular e inefectiva, por lo que se decide colocar una ventosa Kiwi./ Se coloca cazoleta ventosa Kiwi sobre presentación y realizando 3 tracciones sale cabeza pero se impactan los hombros, iniciando maniobra de distocia de hombros, secuencialmente maniobra de McRoberts, presión suprapúbica, no pudiendo extracción se avisa al compañero de guardia que realiza extracción de hombro posterior. Se extrae feto varón en 3-4 min. Queda a cargo de Pediatría./ Revisión de canal de parto con sutura de pequeño desgarro de menos de 1 cm en el cuello uterino. Episiorrafia habitual. Se deja spongostan en canal vaginal”.

En el informe de la matrona, de 15 de febrero de 2018, se afirma que “todo el equipo de Pediatría se encontraba presente en la dilatación en el momento del nacimiento”, y se expone que “tras la salida de la cabeza se produjo una distocia de los hombros. Ayudé a colocar a la madre en la posición de McRoberts. Debido a la dificultad para resolver la distocia, una residente salió para llamar al otro adjunto de Ginecología (...), que consiguió finalmente extraer al feto a las 00:45 h”.

En el informe clínico de exitus del recién nacido figuran los diagnósticos de “coma neonatal./ Depresión perinatal aguda./ Exitus./ Fallo multiorgánico./ Neumotórax a tensión derecho”.

**8.** Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora por una especialista en Obstetricia y

Ginecología el 25 de marzo de 2018. En él señala que “desde las 20:40 h la paciente está en dilatación de 9 cm, que se puede considerar una dilatación completa con un reborde de cérvix. Situación frecuente en pacientes que no borran el cuello uterino del todo, como es el caso (...) (cérvix estaba borrado 80-100 %). Líquido amniótico está teñido con un poco más de intensidad (++)/+++). Ante el registro cardiotocográfico con patrón reactivo la SEGO recomienda actitud expectante y es la que se realiza en este caso./ Ante la prolongación de la fase de expulsivo más de 2 h la SEGO recomienda valoración por el obstetra. Hecho que se realizó en este caso./ Sobre el diagnóstico de sospecha de prolongación del periodo expulsivo, la SEGO considera: “Si la mujer está con epidural, se considerará expulsivo prolongado a partir de 3 horas del comienzo del periodo expulsivo en la nulípara y de 2 horas en la múltipara’./ Teniendo en cuenta que la paciente llevaba con la misma exploración desde las 20:40 h, entonces a las 0:10 h llevaba ya 3:30 h en la fase de expulsivo./ Tras la evaluación por el obstetra y ante la prolongación de expulsivo la SEGO recomienda: “Considerar el parto instrumental si existe preocupación sobre el estado fetal o por periodo expulsivo prolongado’. Había por lo menos 5 indicaciones de realizar un parto instrumental: Expulsivo prolongado./ Tras la exploración el líquido amniótico se tiñe de +++/+++ (meconio espeso en puré de guisantes)./ Falta de progresión de la cabeza fetal en el canal del parto./ Cansancio de la madre./ La inercia uterina como complemento de los oxitócicos”. Con base en ello, entiende que “de forma correcta se realiza el parto instrumental con ventosa tipo Kiwi (se cumplen todos los requisitos para el intento de parto instrumental). De forma imprevista aparece la distocia de hombros. La paciente no presentaba ningún factor de riesgo de distocia de hombros”. Afirma que el “parto instrumental es el factor obstétrico que más se asocia con la distocia de hombros, pero no se puede establecer una relación de causa-efecto”, y que esta complicación también se puede presentar “durante una cesárea”. Reseña que la tasa de mortalidad entre

los niños durante la distocia de hombros “oscila del 21 al 290 por mil”, aunque “otros autores mencionan tasas de aproximadamente 0,4 %”.

En cuanto a las maniobras para resolver la distocia, subraya que las de primer nivel (McRoberts y presión suprapúbica) “normalmente resuelven un 60 % de las distocias de hombros”, y que “no existe recomendación de realizar cesárea profiláctica, salvo en el caso de un peso estimado superior a los 5.000 gr o 4.500 en mujeres diabéticas. En los antecedentes obstétricos no hay ninguna indicación de cesárea electiva, por lo que el intento de parto vaginal constituye la opción correcta”.

Añade que “la morbilidad perinatal, especialmente la hipoxia neonatal, la lesión del plexo braquial y las fracturas de húmero y clavícula aparecen en un 20 % de los supervivientes”.

Concluye que “la actuación médica ha sido correcta, ajustándose en todo momento a los protocolos asistenciales vigentes para este tipo de patología”.

**9.** Mediante escrito notificado a la reclamante el 15 de mayo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

**10.** Con fecha 16 de mayo de 2018, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente, al haberse interpuesto por la perjudicada recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que el 28 de mayo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Precias atiende al requerimiento.

**11.** El día 28 de mayo de 2018, la interesada examina el expediente y obtiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento.



Con fecha 30 de mayo de 2018, presenta esta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que reitera la existencia de una actitud negligente que produjo el fallecimiento de su hijo. Señala que, a la vista del informe pericial de la compañía aseguradora, se “confirma lo relatado por esta parte en el sentido de que el médico residente (...) no reaccionó de forma eficiente y acorde a la *lex artis* para resolver la distocia de hombros que se presentó durante el parto, debiendo acudir a un segundo facultativo que en un movimiento consiguió extraer al bebé, siendo que en ese momento, lamentablemente, ya se le habían provocado al neonato todas las lesiones que le llevaron al fallecimiento”.

**12.** Mediante oficio de 4 de junio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

**13.** Con fecha 6 de junio de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que la asistencia prestada a la paciente “fue acorde a la *lex artis*”. Razona que en el presente caso “se cumplían todos los criterios para la realización de un parto instrumental y no existía indicación para la realización de una cesárea profiláctica. La distocia de hombros aparece de manera imprevista (la paciente no presentaba factores de riesgo para la distocia de hombros). La distocia de hombros también puede aparecer durante la realización de una cesárea. Tras realizar las maniobras de primer nivel, el residente, con buen criterio, requirió a un facultativo (...) para la realización de maniobras más complejas (maniobras de segundo nivel)”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de junio de 2018, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de

responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. .... de la Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Al cuantificar económicamente la indemnización solicitada la reclamante alude a “los padecimientos morales y psicológicos padecidos por mi marido y por mí misma”, pero no formula la reclamación en nombre de aquel. Por tanto, ha de entenderse que estamos ante una reclamación presentada por la perjudicada en su propio nombre y derecho, sin que asome ningún otro interesado ni exista indicio de su voluntad de reclamar. En tales condiciones, este Consejo estima que no procede un requerimiento dirigido a la subsanación de la representación que del esposo pudiera ostentar la reclamante, pues las actuaciones practicadas

y la resolución del procedimiento solo se refieren o afectan a la signataria cuya identidad consta.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 19 de septiembre de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su hijo- el día 2 de noviembre de 2016, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “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”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** La reclamante solicita una indemnización por los daños sufridos tras el fallecimiento de su hijo recién nacido que atribuye a la atención recibida durante el parto.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el fallecimiento de aquel en un hospital público, por lo que debemos presumir el daño moral que ello supone.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la interesada es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

Según el informe clínico de alta de 2 de noviembre de 2016 (folios 44 y siguientes de la historia Millennium), la reclamante, gestante en la semana 41+3, ingresa en el Hospital ..... el 1 de noviembre de 2016 "por dinámica uterina (...) en evolución espontánea, instaurándose trabajo de parto activo". El día 2 de noviembre 2016 se realiza parto instrumental con ventosa "por

detención de la segunda fase del parto”, produciéndose una “distocia de hombros”. El feto nace con una puntuación de 0-2-2 en el Test de Apgar, pasando a cuidados de Neonatología. A continuación es trasladado a la UCI Neonatal por “depresión perinatal aguda severa”, falleciendo a las 3:00 horas del día 2 de noviembre de 2016.

La interesada aporta el informe pericial elaborado por un especialista en Ginecología y Obstetricia que, ante la ausencia de notas de la matrona, manifiesta haber entrevistado a la madre y, según su relato, “cuando se le rompió la bolsa (18:30 h) oyó que la exploración era de 6 cm, y en torno a las 23 h oyó a la matrona decir que la dilatación era de 9 cm./ Si fuera cierto el relato de la madre respecto a los tiempos, entonces no habría justificación para la aplicación de la ventosa y habría constituido una mala praxis”.

En primer lugar, debemos analizar si en el presente caso existía indicación de parto instrumental, lo que según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) debe considerarse “si existe preocupación sobre el estado fetal o por periodo expulsivo prolongado” (folio 147). Al respecto, todos los informes periciales incorporados al expediente aluden al documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que considera expulsivo prolongado a partir de 3 horas del comienzo expulsivo en la nulípara y de 2 horas en la multípara en los casos en que se haya administrado anestesia epidural. El perito que informa a instancia de parte reseña no tener datos sobre las fases de dilatación más allá de lo manifestado por la reclamante, por lo que, tomando como referencia su relato, no considera que nos hallemos ante un expulsivo prolongado y, por tanto, “no habría justificación para la aplicación de la ventosa”.

Sin embargo, entre la documentación clínica incorporada al expediente figura el partograma de la paciente (folio 65), y en él consta que se trata de un parto “espontáneo”, encontrándose la paciente en “dilatación completa” tras “3 horas y media con la misma dilatación”, por lo que se indica “parto instrumental” por “detención de la segunda fase del parto”. Asimismo, en el

documento que recoge el registro de dilataciones desde el ingreso se anotan, a las 14:00 h, 4 cm; a las 16:00 h, 6 cm; a las 18:00 h, 8 cm; a las 20:00 h 9 cm, y a las 22:00, 9 cm (folios 53 y 57). Al respecto, el Responsable de Partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital ..... señala que "los documentos de consenso de la SEGO indican que se considera expulsivo prologado tras 3 horas y se debe considerar la indicación de parto instrumental"; valores que también maneja la especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, según la cual la paciente "llevaba ya 3:30 h en la fase de expulsivo". Debe significarse que el perito de la interesada formula sus conclusiones desconociendo los valores del partograma, por lo que parte de la idea de que el obstetra no esperó lo suficiente antes de aplicar la ventosa. Sin embargo, él mismo reconoce que de ser cierto que la paciente se encontraba en dilatación completa "fue correcto aplicar la tracción con ventosa, ya que se trataba de un expulsivo prolongado". Por tanto, tal y como ha quedado expuesto, la paciente presentó la misma dilatación (9 cm) durante tres horas y media, por lo que, de conformidad con los documentos de consenso de la SEGO, debemos considerar la fase de expulsivo como "prolongada".

En cuanto al empleo de la ventosa para favorecer la extracción fetal, el Facultativo Especialista de Área que asistió el parto comenta que "tras varios pujos activos con la paciente evidencio que la cabeza fetal desciende de una estación 0 a una estación +3, OIDP y el líquido teñido empeora 3+. La madre se encontraba muy cansada y cada vez pujaba de forma irregular e inefectiva, por lo que se decide colocar una ventosa Kiwi". Con base en ello, el perito de la aseguradora concluye que la indicación de parto instrumental fue "correcta", al cumplirse "todos los requisitos para el intento de parto instrumental", a saber: "Expulsivo prolongado./ Tras la exploración el líquido amniótico se tiñe de +++/+++ (meconio espeso en puré de guisantes)./ Falta de progresión de la cabeza fetal en el canal del parto./ Cansancio de la madre./ La inercia uterina como complemento de los oxitócicos", y añade que tampoco constaba en la historia clínica indicación de cesárea electiva ni profiláctica.



Respecto a la aparición de la distocia de hombros, no consta que la paciente presentase factores de riesgo anteparto acorde a la SEGO, por lo que no era predecible, según informan el Responsable de Partos y el perito de la compañía aseguradora. Es cierto que el parto instrumental es el factor obstétrico que más se asocia con la distocia de hombros, pero por las razones que acabamos de mencionar se valoró el parto instrumental procediéndose a la extracción con ventosa.

La interesada considera que “el propio obstetra provocó la distocia de hombros al traccionar de la ventosa antes de que la cabeza del feto rotara para colocar su nuca debajo de la sínfisis del pubis materno”, fundamentando esta imputación en el informe pericial que aporta. En contraposición a ello, el especialista que informa a instancias de la entidad aseguradora explica que en este caso la cabeza estaba en “OIDP (occipitoilíaca derecha posterior)”, lo que significa que “la nuca del feto no pudo estar debajo de la sínfisis púbica, sino más bien en contacto directo con el hueso sacro materno” (folio 144).

También denuncia que “al ver que era incapaz de sacar al bebé debería haber buscado ayuda en otro compañero, como así le insistía una de las enfermeras, pues su obcecación por terminar el parto llevó al fallecimiento” del bebé. Según relata el Facultativo Especialista del Área de Ginecología, una vez diagnosticada la distocia de hombros se realizaron maniobras de primer nivel (McRoberts y presión suprapúbica) -que resuelven un 60 % de las distocias de hombros-, y ante el fracaso de estas maniobras se avisa al compañero de guardia -lo que confirma la matrona en su informe- que realiza extracción de hombro posterior (segundo nivel) extrayéndose el feto “en 3-4” minutos. Por tanto, queda acreditado que el obstetra actuó de forma correcta, ya que tras intentar las maniobras de primer nivel buscó auxilio en otro compañero.

Aunque la tasa de mortalidad asociada a la distocia de hombros es relativamente baja (0 % - 0,4 %), la morbilidad perinatal, especialmente la hipoxia neonatal, la lesión del plexo braquial y las fracturas de húmero y clavícula aparecen en un 20 % de los supervivientes.

Sobre la hipoxia, el perito de la compañía aseguradora indica que “valores de pH (de la arteria del cordón umbilical) por debajo de 7 y exceso de bases menor al -15 se consideran necesarios para que se produzcan daños neurológicos en contexto de hipoxia, hecho que no ocurrió en el caso que nos ocupa”, y añade que los pediatras tampoco describen lesiones del recién nacido como fracturas o lesiones provocadas por la aplicación de la ventosa”.

Finalmente, llama la atención sobre el neumotórax a tensión derecho que complicó el pronóstico del recién nacido, explicando que pudo deberse al “síndrome de aspiración meconial” (presencia de líquido amniótico teñido por debajo de las cuerdas vocales que pasa a los pulmones), considerado “causa importante de morbilidad perinatal que complica alrededor del 2 por 1.000 de todos los partos con recién nacido vivo” (folios 134 y 136).

En definitiva, la paciente presentaba criterios clínicos que indicaban la práctica de un parto instrumental sin presentar factores de riesgo anteparto para la distocia de hombros, que es una complicación que no se puede predecir. El fallecimiento del recién nacido, que presentó “neumotórax a tensión derecho”, se pone en relación con el síndrome de aspiración meconial, que es una causa importante de morbilidad perinatal. Por tanto, no ha quedado acreditada la existencia de una mala praxis en la asistencia al parto, que en todo momento se desarrolló según las directrices establecidas en los documentos de consenso de la SEGO.

Finalmente, la reclamante reprocha que “el *addendum* que se hace *a posteriori* para tratar de explicar el mecanismo causante de la distocia” por parte de la doctora “es falaz, ya que no figura explícitamente que estuviera presente en el parto ni que fuera ella quien realizara las maniobras de Roberts para resolver la distocia”. La única constancia que tenemos de esa adenda es una copia de la misma que el perito de parte incorpora en su informe (folio 11), y quien figura como firmante de esa nota aclaratoria es la misma doctora que la matrona identifica en su informe como la que finalmente consiguió extraer al feto.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.