



Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

JUNTA DE ANDALUCÍA	
CONSEJERÍA DE SALUD	
202599900800493	12/03/2025
Registro General	

Carlos Sardinero García
ABOGADO
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID
TEL.: 91 686 91 60 - 91 448 96 92

RAR/MIP/nrm

Ref.: R.P. S21192 (SIUREPA 0192/2021)

Asunto: NOTIFICACIÓN RESOLUCIÓN

Fecha: La de su firma digital.

Adjunto le remito resolución adoptada por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud, por la que se resuelve la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Ud. ante este Organismo, solicitando indemnización por daños y perjuicios.

La citada resolución se le envía certificada con ACUSE DE RECIBO, entendiéndose notificada, una vez obre en nuestro poder el recibo debidamente firmado.

Igualmente le comunico que estamos a su disposición para cualquier información que precise acerca del expediente, para lo cual puede Ud. dirigirse al mismo por teléfono en horario de 9.00 a 14.00 horas, citando el expediente de referencia.

LA JEFA DE SERVICIO DE GERENCIA DE RIESGOS



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

VGS/RAR/ASF

RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD EN EL EXPEDIENTE DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL R.P. S21192 (SIUREPA 0192/2021) INICIADO POR RECLAMACIÓN PRESENTADA POR DÑA.

EN SU PROPIO NOMBRE Y DERECHO Y EN EL DE SU HIJO MENOR D.

PRIMERO.- El Servicio de Gerencia de Riesgos, anteriormente denominado Servicio de Aseguramiento y Riesgos ha elevado a esta Dirección Gerencia la siguiente **PROPUESTA DE RESOLUCIÓN:**

"Por el Servicio de Gerencia de Riesgos (anteriormente Servicio de Aseguramiento y Riesgo) del Servicio Andaluz de Salud se ha tramitado expediente de responsabilidad patrimonial R.P. S21192 (SIUREPA 0192/2021), a instancia de DÑA. Y D. en su propio nombre y derecho y en el de su hijo menor D. que reclaman una indemnización de QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS EUROS (528.986 €) por hechos acaecidos en el Servicio Andaluz de Salud.

Se ha seguido el procedimiento establecido en la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Según lo dispuesto en la citada ley 39/2015 y en el artículo 8 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, se formula la presente PROPUESTA DE RESOLUCIÓN, a la que sirven de base los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 18 de marzo de 2021 Dña. y D. su propio nombre y derecho y en nombre y representación de su hijo menor D. presentaron un escrito de reclamación patrimonial en el que reclaman una indemnización de QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS EUROS (528.986 €) como consecuencia del funcionamiento de la Administración sanitaria, manifestando, en síntesis:

Que a consecuencia de la asistencia prestada al parto vaginal en el que se utilizó ventosa se produjo complicación consistente en una distocia de hombros que se resuelve con maniobras de primer nivel.

El recién nacido tras el nacimiento fue diagnosticado de parálisis braquial obstétrica izquierda completa, parálisis facial izquierda leve y parálisis/paresia diafragmática izquierda.

Solicita por ello una indemnización de QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS EUROS (528.986 €).

SEGUNDO.- El Servicio de Gerencia de Riesgos comunicó a la parte reclamante que con su reclamación se iniciaba un procedimiento de responsabilidad patrimonial que se tramitaría conforme a las previsiones contenidas en los artículos 65, 67, 81, 86.5 y 91 de la vigente Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y que se abriría, por un plazo de 30 días, el periodo probatorio establecido en los artículos 77 y siguientes de la precitada ley.

A

TERCERO.- Se solicita al Hospital Universitario de Jerez de la Frontera (Cádiz), copia de la historia clínica del paciente e informe de los servicios implicados en la asistencia sanitaria dispensada.

CUARTO.- Se elabora dictamen médico por parte Facultativo Médico del Servicio de Gerencia de Riesgos del Servicio Andaluz de Salud.

QUINTO.- Comunicada a la parte reclamante la apertura del preceptivo trámite de audiencia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con remisión de la documentación clínica incorporada al expediente, aquella formuló alegaciones con el resultado que consta en el expediente.

A los anteriores hechos, sirven de motivación a esta resolución los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud es competente para la resolución de la presente reclamación, en virtud de lo establecido en el artículo 92 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 69 de la Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y con el artículo 12.1.m) del Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.

SEGUNDO.- Respecto a la legitimación de la parte reclamante, ésta proviene de su condición de interesada por cuanto alega ser titular de un derecho o interés legítimo habilitante para promover el procedimiento, según el artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

TERCERO.- La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, que ha adquirido rango constitucional al acogerse en los artículos 9.3 y 106.2 de la Constitución, supone, según se desprende del Capítulo IV, Sección 1ª de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y de la jurisprudencia emanada sobre la materia, la concurrencia de los siguientes presupuestos:

1º) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º) El daño ha de ser antijurídico, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.

3º) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

4º) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, en relación directa e inmediata.

5º) Ausencia de fuerza mayor.



6º) Que la reclamación se efectúe en el plazo de un año desde la producción del hecho, o acto que motive la reclamación o desde que se produzca su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos, desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

CUARTO.- El informe emitido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera (Cádiz), manifiesta:

“... empieza su control de embarazo en nuestra Unidad el 23 de Enero de 2020, gestante de 32 semanas. Previamente, había sido controlada en el otra área sanitaria, donde concurren los datos que constan en la documentación recibida, es decir la complicación post técnica invasiva.

-. El día 30 de diciembre de 2019, consta en su historia de la consulta de obstetricia del área sanitaria de Antequera, y cito textualmente “Gestación evolutiva acorde a una semana mayor. Screening I trimestre alto riesgo. Cariotipo 46XY. Ingreso por RPM post-técnica invasiva. Semana 28+4. Aunque me impresiona de 1 semana más desde 1º eco”.

Es un dato importante, ya que la primera ecografía fetal, que se realiza en torno a las 12 semanas de embarazo, tiene entre uno de sus objetivos, la datación adecuada de la gestación, más en gestaciones tras técnicas de reproducción asistida, en las que no siempre se nos aporta el dato del momento en el que el embrión es transferido, y que puede variar en días. Esencial dejarlo reflejado para precisamente no realizar falsos diagnósticos de “biometrías no acordes a edad gestacional”, ni en exceso ni en defecto.

-. En el control gestacional del 23 de Enero, de 32 semanas según amenorrea, o 33 si tenemos en cuenta la biometría de la primera ecografía, se objetiva una discordancia biométrica, con biometría media de 36 semanas. Ante sospecha de feto grande para edad gestacional se cita de nuevo a control, un control no establecido en el proceso de embarazo, y que se lleva a cabo el 7 de febrero, 34+1 semanas de amenorrea, una semana más según primera eco. Se confirman biometrías mayores, y es revisada de nuevo el 2 de marzo, donde el crecimiento fetal se ha estabilizado, presentando biometrías 1 semana mayor que amenorrea, con peso fetal estimado de 3617gr a las 37+4 semanas, percentil customizado 84.

-. Los percentiles utilizados en los informes médicos son customizados, es decir adaptados a las características maternas y del embarazo.

-. Tras el 2 de marzo, con una diferencia en biometría de una semana, que recordamos, existía ya a las 12 semanas en su primer control gestacional, la paciente es citada en monitores, que es la consulta donde se valora el momento de finalizar la gestación y la vía de finalización. Esta cita se realiza el 20 de marzo, y es aquí donde se programa finalizar el 24 de marzo, a las 40+5 semanas, y no pasadas las 41 semanas como recoge el protocolo actual de la unidad y las recomendaciones de las sociedades científicas y las guías clínicas que avalan nuestra práctica clínica. Se adelanta unos días la inducción, y según consta en historia clínica, por tenerse en cuenta dos factores como son: edad materna y ser una gestación tras FIV. Ninguno de estos dos motivos, constituye en sí un motivo que justifique con evidencia científica ni la inducción sin otros condicionantes, ni una vía de parto distinta a la vía vaginal. En esta paciente se tiene la consideración haciendo una valoración global, sin datos objetivos que contraindiquen la inducción ni el parto vaginal.

-. En todas las consultas realizadas en nuestra Unidad, en nuestro centro, el 23 de enero, el 7 de febrero, el 2 y el 20 de marzo, se recomienda, y hay constancia por escrito explícita y clara en el Plan de Acción, una alimentación sana, de evitar azúcares refinados, aumentar frutas y verduras, y recomendación de ejercicio diario.

-. La paciente ingresa el mismo 20 de marzo, acude a urgencias en dos ocasiones, por pródomos de parto, ingresando a las 23:45, en fase latente de parto, con 1-2 centímetros.

A

-. Ante fase latente, pasa a sala de hospitalización, y tras varios controles durante la noche, es a las 04:30h del 21 de marzo, cuando pasa a dilatación. A las 05:30 se establece la analgesia epidural y presenta una dilatación de 3 cms. Se encuentra según las últimas revisiones y publicaciones en fase latente de parto aún.

-. Progresa parto, consta registro cardiotocográfico con patrón de bienestar fetal, y se sigue protocolo de asistencia a parto del servicio, usando oxitocina para conseguir dinámica efectiva y progresión de parto, sobre todo tras analgesia locorregional, voluntaria y solicitada por la gestante.

-. Amniorrhexis artificial a las 10:00 de la mañana, se describe líquido meconial, escasamente teñido, consta en la historia como líquido meconial +. Se utilizan las "+" para dejar constancia gráfica, y entendida por todos los profesionales que atienden al parto de cómo es el líquido, en función de lo espeso que sea el meconio que lo tiñe. La valoración oscila entre una y tres "+". Registro de bienestar fetal.

-. A las 13:10 se avisa a ginecología de guardia, por aparecer en registro alteraciones en la gráfica que precisaban valoración por parte de los mismos. En este momento se explora a la paciente con 8 cms, registrándose la dilatación completa a las 14:10h, y se indica descenso pasivo. En RCTG se valoran desaceleraciones, y por ello se avisa de nuevo a equipo de guardia a las 15:20, que tiene consideración de la situación global de la paciente, para decidir paso a paritorio y la finalización de parto.

-. Según protocolo de la unidad, y todos los protocolos y documentos de consenso, ninguna paciente pasa a paritorio sin que la presentación fetal alcance el III plano, y sin previa información de la situación y de la decisión tomada a gestante y familiar que le acompañe, con consentimiento verbal de cualquier actuación a llevar a cabo, teniéndose en cuenta que muchas de las decisiones obstétricas se toman en situaciones que pueden precisar decisiones inmediatas imprevisibles cuya demora puede tener consecuencias importantes en el bienestar de la madre y del feto. En este caso la decisión es tomada por situación global, y no sólo por la gráfica fetal: gráfica que inicia alteraciones, en gestante a término añosa, con líquido meconial. Ninguna de las situaciones de forma aislada justifica un parto instrumentado, pero en la práctica clínica se valora en global el riesgo materno fetal, y se toman decisiones apoyadas en aportar beneficio, y con la máxima hipocrática "primum non nocere".

-. El nacimiento tiene lugar a las 15:41h el 21 de marzo, y como consta en hoja obstétrica, documento oficial de recogida de datos concerniente al parto, se realizan maniobras de primer nivel para solventar una Distocia de Hombros, naciendo un varón de 4400gr, con buen apgar y sin alteración del equilibrio ácido-base. En el parto, llevado a cabo mediante una ventosa, con objeto su aplicación, de acortar un expulsivo que reunía varios factores que podían empeorar el pronóstico fetal, se realiza una episiotomía medio lateral con un desgarro de II grado, es decir de vagina. Si se hubiesen realizado maniobras de mayor nivel para solucionar la distocia, si la técnica del parto no hubiese sido adecuada, con tracción descontrolada, o sin realizar protección perineal adecuada, si la pelvis materna no hubiese sido adecuada para un parto de un niño del peso que presentó, hubiese sido esperable un desgarro mayor que el presentado.

-. El recién nacido pasa a neonatología, y consta en la hoja de ingreso: ingreso por distrés respiratorio precoz leve. Constantes normales, y como datos de exploración de interés queda constancia de clavículas íntegras, de exploración neurológica acorde a su edad gestacional. Miembro superior en aducción y pronación, moro asimétrico, con buena presión palmar. Como juicio clínico una paresia braquial proximal. En evolución consta cómo evoluciona la situación y al alta se constata la parálisis braquial completa, la paresia facial leve y la paresia diafragmática. Al alta ya valorado y en seguimiento por el servicio de rehabilitación.

CONSIDERACIONES AL CASO:

1. La distocia de hombros (DH) es una urgencia obstétrica imprevisible e impredecible. Se define como la complicación obstétrica que aparece durante un parto vaginal se requieren maniobras adicionales (tales como maniobra de McRoberts o/y presión suprapúbica) para completar el nacimiento del feto porque la tracción normal resulta insuficiente para la liberación de los hombros. La lesión del plexo braquial es una de



las complicaciones fetales más importantes y se presentan alrededor del 2,3-16% de estos partos. En un 10% permanecen con alguna disfunción neurológica. No todas las lesiones 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.

La distocia es un problema óseo, de impacto de hombro anterior en pubis, más frecuente que hombro posterior en promontorio. No es un problema de canal blando.

2. Existen una serie de características antenatales e intraparto que se han visto asociadas a la DH, pero ni siquiera la combinación de estos factores de riesgo es un dato claramente predictivo. Estos factores de riesgo son (actualizados según las últimas evidencias) antenatales: DH previa, macrosomía, diabetes mellitus materna, obesidad materna. Intraparto: fase de dilatación prolongada, fase de expulsivo prolongada, inducción de parto, parto instrumental. Estos factores de riesgo sólo ayudan a predecir un 16% de los casos.

En el caso de en cuanto a la sospecha de macrosomía, en la consulta de control a las 37 semanas de embarazo, el peso fetal estimado era de 3617gr. Las cesáreas electivas están indicadas en casos de mujeres diabéticas con peso fetal estimado >4500gr y de pacientes no diabéticas, como es en el caso de Doña con pesos fetales estimados > de 5 kg. Por tanto, aun teniendo en cuenta que la detección de macrosomía es a menudo difícil, ya que la ecografía del tercer trimestre tiene un margen de error de hasta un 15% (en nuestro caso ese margen de error daría un peso a las 37 semanas de 4140gr), en este caso EL PESO FETAL NO CONSTITUYE UNA INDICACIÓN DE CESÁREA ELECTIVA. Por otro lado entre el 40 y 60% de los casos de DH ocurren en fetos que pesan menos de 4000gr.

El valor del peso fetal en la DH es tan discutido que mientras el ACOG (colegio americano de ginecólogos y obstetras) afirma que es razonable una cesárea profiláctica cuando el peso fetal estimado es mayor o igual a 4500gr en gestantes diabéticas, o más de 5000gr en no diabéticas, el RCOG (real colegio de obstetras y ginecólogos) 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.

En cuanto a la Obesidad materna, queda constancia de cómo se recomienda dieta saludable y ejercicio durante toda su gestación, que es lo único que se ha demostrado que puede tener algún beneficio para evitar excesivas ganancias ponderales. A pesar de eso, son recomendaciones, y las transgresiones dietéticas se evidencian con la ganancia ponderal excesiva, como la que presenta

Los factores intrapartos, la paciente inicia parto espontáneamente, y el hecho de realizar la instrumentación, como se ha expuesto previamente, responde a la realización de un análisis global de las características materno fetales periparto, e intentar dar respuesta y evitar posibles complicaciones derivadas de fases de expulsivo prolongado (uno de los factores de riesgo intraparto de la distocia). Por tanto, se valora la instrumentación como medida de disminuir riesgos, no como técnica que lo pudiera aumentar.

3. En nuestra práctica clínica diaria, en nuestro protocolo de seguimiento de embarazo, y de asistencia a parto, se siguen protocolos ajustados a guías de práctica clínica, y con evidencia científica, haciendo modificaciones para ajustarlos a nuestro medio. Esta paciente no reunía indicaciones de cesárea electiva, como ya se ha comentado, ni por estimación de peso fetal, ni por peso materno, ni por edad materna, ni se contempla "el consenso con la paciente" de una cesárea vs uso de oxitocina. La oxitocina es segregada de forma fisiológica al iniciarse el proceso de parto, como es el caso que nos compete, y el que la usemos de forma exógena tiene como objetivo conseguir una dinámica más regular y efectiva, para que evolucione el parto. La valoración de la evolución de un parto no es exclusivamente la evolución de la dilatación sino también la del descenso de la presentación. Se indica para solventar una distocia dinámica, que retrasaría el parto. Como se ha comentado ya, ninguna paciente pasa a paritorio sin que la presentación alcance el III plano. El afirmar una técnica incorrecta de instrumentación no puede basarse en ningún dato objetivo extraído de la historia clínica, y no es adecuado inferir la DH por una mala técnica en instrumentación, ya que como ya se ha explicado

previamente, la DH se produce una vez que la cabeza fetal esta fuera, que es lo que conseguimos con la instrumentación, sacar la cabeza, y que la DH se trata de un problema óseo, de impacto de hombro con hueso materno (anterior o posterior), mecanismo no atribuible a una instrumentación "técnicamente incorrecta".

4. Respecto a la gravedad de la lesión, las lesiones C5 y C6 representan aproximadamente el 50% de los casos (parálisis de Erb). La lesión que incluye C7 (Erb plus) se da en el 35% de los casos. El daño severo incluye de C5 a T1, añade el sd de Horner, es infrecuente. Y sólo en una minoría se afecta el nervio frénico con parálisis diafragmática. En la etiopatogenia de la parálisis braquial en una DH se conjugan varios mecanismos lesionales, pero es el estiramiento del plexo braquial el más importante. En el parto de esta paciente, al realizarse las maniobras que se describen en partograma, Mc Roberts, se persigue disminuir, evitar el estiramiento ineficaz y lesivo, es decir, el hecho de que estas maniobras se pongan en marcha y se describan, muestra una adecuada identificación de una complicación obstétrica imprevisible, y un correcto conocimiento del abordaje y de la situación.

Es reconocido que la realización de maniobras incorrectas provoca estiramientos bruscos e intensos. El entrenamiento multiprofesional basado en simulación se ha demostrado en estudios a largo plazo como una técnica educativa que reduce considerablemente el número de parálisis braquial tras una DH. Las sociedades científicas de varios países recomiendan el entrenamiento basado en simulación. Para dar respuesta a esto, se crean grupos como el Grupo Español para la Prevención de la Parálisis Braquial Obstétrica (GEPBO), grupo que adopta metodología docente y criterios de calidad asistencial que persiguen mejorar la atención en DH. Este grupo ha creado el Aula de simulación Obstétrica, con cursos de simulación, avalado científicamente por la Sociedad Española de Simulación y Seguridad del Paciente.

Dada la baja prevalencia y lo imprevisible de la situación, la formación en simulación es importante, y es por esto que en Octubre de 2019 TODO EL EQUIPO MULIDISPLINAR que atiende partos en nuestro centro, realizó al Curso "Entrenamiento en el manejo de la Distocia de Hombros", con modelos de simulación, impartido por instructores acreditados, formación que es acreditable por cada uno de los profesionales que atienden el parto de Doña

5. En el control de embarazo, y en la asistencia al parto de la paciente, podemos distinguir distintas estrategias que pueden definirse dentro de los distintos niveles de prevención que pueden desarrollarse para minimizar lesiones en complicaciones como la que estamos analizando:

Prevención Primaria: eliminar factores de riesgo de lesiones antes de que las causen. En nuestro caso, se dan recomendaciones de alimentación sana, de ejercicio, que evite la ganancia ponderal excesiva, y se realiza mayor control biométrico (se valora a las 32,34 y 37) ante la detección inicial de un feto mayor que amenorrea.

Prevención Secundaria: detectar de forma precoz y tratar en fase temprana. En nuestro caso, se propone inducción antes de las 41 semanas, a pesar de que el peso fetal estimado está por debajo de los 4 kg, y evitar una vez de parto evoluciones prolongadas, expulsivos prolongados. En nuestra paciente se administra oxitocina, con la indicación de evitar la disdinamia y favorecer la evolución, y la ventosa se aplica para abreviar el expulsivo.

Prevención Terciaria: una vez instaurada la enfermedad, se encamina a evitar que empeore. En nuestro caso realizar y registrar que se realizan, maniobras como McRoberts, van encaminadas a resolver problema de forma efectiva.

6. En cuanto a los actos médicos definidos como reprochables en la reclamación:

La macrosomía se sigue de forma adecuada, como queda reflejada en la historia, se indica control de alimentación materna, y así se refleja en cada consulta médica que realiza.



En cuanto al peso fetal, como varias veces se ha expuesto, la indicación de cesáreas en madres no diabéticas es con un peso superior a 5 kg, que hasta asumiendo una variabilidad en la estimación del 15%, como está descrito en el tercer trimestre, no se cumple en nuestra paciente, y es evidente tras parto.

El uso de la oxitocina, también comentado ya, tiene como objetivo facilitar la progresión del parto. En nuestra paciente no se da una prolongación de la fase activa del parto, definida a partir de los 6 cms, según las últimas actualizaciones, ya que en primíparas su duración media es de 8 horas. Tampoco hay una detención de la dilatación, ya que llega a dilatación completa. Igualmente no hay un retraso en descenso de la presentación, porque como ya se ha indicado, la aplicación de la ventosa debe cumplir de forma inexorable que el punto guía alcance el III plano.

La indicación de parto instrumentado, no se fundamenta en un riesgo de pérdida de bienestar fetal, sino como se ha expuesto previamente, en una valoración global de las características maternos fetales, y la indicación de abreviar expulsivo responde a evitar un expulsivo prolongado que favorecería complicaciones.

Los datos objetivos que demuestran la ausencia de hipoxia perinatal, avalan la buena praxis en la asistencia en el parto, y el reflejo del éxito en las medidas llevadas a cabo.

En cuanto a las características del embarazo, y el supuesto riesgo del parto, recordar que el embarazo es fruto de una técnica de reproducción asistida, que en el momento de someterse de forma voluntaria a un tratamiento, asume el riesgo inherente al embarazo. En lo que actuaciones médicas se refiere, la paciente recibe consejo, recomendaciones a lo largo del todo el proceso. En cuanto al riesgo de cromosomopatías, muy elevado con la edad de la paciente, se realiza cribado y posterior técnica invasiva diagnóstica. Respecto a su ganancia ponderal, se reitera en las medidas dietéticas. La última consulta realizada a las 40 semanas, es la consulta de bienestar fetal, donde lo que valoramos la gráfica fetal, la situación materna y el momento de finalización. No se realiza control ecográfico, si lo precisara se hubiese citado en otra consulta, pero en este caso con un peso a las 37 semanas con una sola semana de diferencia, no precisaba más. De hecho, grupos como el RCOG no recomienda control ecográfico en tercer trimestre en pacientes sin diabetes. La vía de parto vaginal era la indicada en esta paciente, ante ausencia de indicaciones absolutas de cesárea electiva, como ya hemos dicho. El informar de posible distocia, no compete, al tratarse de una complicación imprevisible, y en ninguna guía se recoge la indicación de cesárea con peso estimado por debajo de los 5 kg en no diabéticas.

7. La información de las actuaciones médicas durante el parto, se aporta de forma verbal, al igual que la solicitud de consentimiento. Durante un parto, las maniobras realizadas, se contemplan dentro de la asistencia, donde pueden desencadenarse situaciones de emergencia que precisen acciones inmediatas con objeto de mejorar resultados, como las maniobras de McRoberts al detectarse la distocia, y la con resolución del cuadro. Los consentimientos informados en decisiones urgentes, no programadas, como puede ser la instrumentación de un parto, o una cesárea, no se realizan por escrito, sino que se aporta verbalmente la información a la paciente de la indicación de una técnica determinada, justificándola y aclarando dudas pero actuando con la premura que la situación clínica exija, respetándose así los derechos fundamentales del paciente, sin detrimento de una adecuada práctica médica.

8. La DH, y la Parálisis Braquial, son complicaciones infrecuentes e imprevisibles. Saberle dar respuesta de forma efectiva ha demostrado mejorar los resultados.

La asistencia durante el embarazo y durante el parto a Doña cumple con lo
indicado en las guías clínicas, sin merma de los derechos fundamentales de la paciente ni del menor, con gestos y prácticas médicas adecuadas a cada situación.”

QUINTO.- El dictamen médico emitido por Facultativo Médico del Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS, tras una detallada explicación sobre los hechos, manifiesta:

"CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES:

SOBRE LA DISTOCIA DE HOMBROS.

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza.

Esta complicación se produce por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas.

Su incidencia según estudios que recogen un gran número de partos vaginales es de entre el 0,6% y el 0,7%. La incidencia en recién nacidos entre 2500-4000g es del 0,3% y entre 4000-4500g del 5-7%.

Sin embargo, casi el 50% de casos ocurren en partos de neonatos de peso normal. Por tanto, es una emergencia obstétrica poco predecible y prevenible, ya que en el 50% de los casos no se asocia a factores de riesgo anteparto ni intraparto identificables. Supone un riesgo moderado de morbilidad neonatal.

El diagnóstico es clínico. Los signos de distocia de hombros son:

1. Dificultad en el expulsivo de la cara y el mentón.
2. Retracción de la cabeza fetal contra el periné (signo de la tortuga).
3. Ausencia del descenso de los hombros tras la tracción axial moderada de la cabeza fetal.

Factores de riesgo

Los nacidos de madres diabéticas presentan un riesgo de 2 a 4 veces superior si se comparan con niños del mismo peso de madres no diabéticas.

Anteparto	Intraparto
Antecedente de distocia de hombros (recurrencia hasta 25%)	Progresión anormal del trabajo de parto
Diabetes Mellitus o Gestacional	Parto instrumentado
Feto grande para edad gestacional (<p97)	Segundo periodo de parto prolongado
Gestación cronológicamente prolongada	Uso de oxitocina
Obesidad materna (IMC>30)	Parto precipitado
Feto masculino	
Edad materna avanzada	
Talla materna baja	
Ganancia ponderal excesiva (>20 Kg)	
Anomalía pélvica	

Prevención durante la gestación:

- Control de la ganancia ponderal.
- Buen control metabólico en pacientes diabéticas. Valorar inducir el parto a término en función del control metabólico.
- Si en ecografía de tercer trimestre PFE >p97 repetir una ecografía a las 38-39 semanas. La inducción del parto en gestantes no diabéticas con sospecha de macrosomía no ha demostrado disminuir la incidencia de distocia de hombros.
- Cesárea electiva si PFE >5000g en pacientes no diabéticas o PFE >4500g en mujeres diabéticas.
- Si antecedente de distocia de hombros consensuar con la gestante la vía del parto dado el riesgo elevado de recurrencia (hasta el 25%). En el caso de distocia de hombros previa que precisó maniobras de



segundo nivel, secuelas neonatales o complicaciones maternas, el asesoramiento de la vía de parto debe realizarse por parte del especialista.

Manejo de la distocia de hombros.

Consiste en la aplicación sistemática de una serie de maniobras destinadas a facilitar el desprendimiento del hombro impactado.

El objetivo es producir el nacimiento seguro del feto antes de que ocurran las lesiones por hipoxemia por compresión del cordón además de evitar o minimizar el daño neurológico periférico, así como el traumatismo del tejido materno.

El tiempo máximo de resolución debería ser 5 minutos. Ante la sospecha diagnóstica se debe activar el protocolo. Se debe explicar la situación a la paciente y solicitar ayuda al equipo de sala de partos (comadrona, ginecólogo, pediatra, anestesiólogo).

1. Reclutar ayuda, incluida la del personal de anestesia, matronas y pediatras. Se debe de guardar calma y dar instrucciones de forma clara.
2. Asegurarse de que la mujer está colocada de forma adecuada en la mesa de partos con las nalgas colocadas al borde.
3. Sondaje vesical, si es necesario.
4. Indicar a la mujer que no ha de empujar durante los intentos de reposición del feto.
5. Se deben evitar las fuerzas excesivas sobre los tejidos maternos y fetales.
6. Debe evitarse una excesiva rotación del cuello y tracción de la cabeza fetal.
7. Debe ampliarse la episiotomía para favorecer la salida del hombro posterior, y así se evitarán laceraciones y desgarros.
8. Si no se consigue la liberación del hombro tras dos o tres intentos de tracción suave hacia debajo de la cabeza fetal, se debe de abandonar el método por el riesgo de lesión del plexo braquial.
9. La presión fúndica complementaria está contraindicada, ya que puede impactar aún más el hombro, por lo que solo se debe de emplear cuando el hombro situado bajo el pubis haya sido desimpactado.

MANIOBRAS DE PRIMER NIVEL:

Son maniobras externas sobre la madre que modifican la posición de la pelvis y del feto.

- Maniobra de Mc Roberts: las piernas de la mujer deben estar hiperflexionadas sobre el abdomen. Es una maniobra sencilla, segura y extremadamente efectiva.

La maniobra de McRoberts se considera una de las maniobras más efectivas y menos cruentas para solucionar la distocia de hombros.

- Presión suprapúbica (técnica de Mazzanti/Rubin). Asociada a la maniobra de Mc Roberts puede resolver hasta un 90% de los casos de distocia de hombros.

MANIOBRAS DE SEGUNDO NIVEL:

Si las maniobras anteriores no resuelven el cuadro se deben de aplicar las maniobras de segundo nivel cuyo objetivo es la rotación interna de la cabeza fetal y/o la extracción del brazo posterior.

No existen estudios randomizados que comparen la efectividad de las diferentes maniobras de segundo nivel. Su aplicación dependerá de la experiencia clínica de cada operador.

- Maniobra del sacacorchos (Maniobra de Woods).
- Maniobra de desprendimiento del hombro posterior (Maniobra de Barnum/Jacquemier).

MANIOBRAS DE TERCER NIVEL:

Son maniobras de último recurso con una mayor tasa de morbilidad materno-fetal (hasta un 25% de secuelas).

- Fractura clavicular.
- Maniobra de Zavanelli: consiste en la recolocación de la cabeza fetal dentro de la pelvis y proceder a cesárea urgente.
- Rescate abdominal: consiste en realizar una cesárea urgente y una histerotomía transversa baja para realizar maniobras por vía abdominal que ayuden a desimpactar el hombro y asistir a un parto vaginal.
- Sinfisiotomía: consiste en realizar una incisión sobre el cartílago púbico hasta conseguir la separación de los huesos pubianos.

COMPLICACIONES FETALES

5.1. Neonatales: 5% de lesiones neonatales.

La lesión del plexo braquial y la fractura clavicular son las más comunes.

Lesión del plexo braquial transitoria	3.0 a 16.8%
Fractura clavicular	1.7 a 9.5%
Fractura humeral	0.1 a 4.2%
Lesión permanente del plexo braquial	0.5 a 1.6%
Encefalopatía hipóxico-isquémica	0.3%
Éxitus	0 a 0.35%

Lesión del plexo braquial: El plexo braquial es una red de nervios raquídeos que van desde la parte inferior del cuello hasta la parte superior del hombro y es responsable de la movilidad y sensibilidad del miembro superior.

Según la intensidad del daño la lesión del plexo braquial puede ser:

1.- **Neuroapraxia:** Bloqueo de la transmisión del impulso nervioso sin que se aprecie alteración anatómica del nervio. Generalmente se resuelve espontáneamente.

2.- **Axonotmesis:** Interrupción anatómica del axón y su vaina de mielina conservando más o menos intactas las envolturas conectivas del nervio (endoneuro, perineuro y epineuro). Rara vez precisan tratamiento quirúrgico.

3.- **Neurotmesis:** Rotura anatómica completa del nervio, tanto del axón como del tejido conectivo que le rodea. Precisa tratamiento quirúrgico.

Asimismo, el plexo braquial está formado por las raíces nerviosas que proceden de las raíces cervicales C5-C6-C7 y C-8 y de la raíz dorsal del T1, siendo más grave a medida que afecta a más cantidad de raíces nerviosas. Así, el caso más habitual es que afecte a las raíces C5 y C6 (parálisis de Erb-Duchenne) y ocasionalmente a C7; siendo menos frecuente que se afecten las raíces C8 a T1 (parálisis de Klumpke). El caso más grave aparece si afecta a C5, C6, C7, C8 y T1 (tipo brazo total).



SOBRE EL CASO QUE NOS OCUPA

Se trata de una mujer de 45 años, primigesta, con gestación conseguida por fecundación in vitro. El embarazo fue controlado en el Hospital de Antequera hasta la semana 32 y posteriormente en el Hospital de Jerez de la Frontera.

Según se registra en la cartilla de embarazo de la paciente su peso al inicio de este es de 65,8 kg y la altura es de 164 cm. El IMC es de 24,46.

Como datos a destacar presenta en el triple screening un riesgo elevado de cromosomopatía fetal (1/50) sin detectarse malformación alguna ecográficamente, por lo que se le indica la realización de amniocentesis. El mismo día de la amniocentesis sufre rotura prematura de la bolsa amniótica que se confirma clínicamente, por lo que es ingresada durante 5 días recibiendo antibioterapia durante el ingreso. La evolución es favorable cediendo la pérdida de líquido y sin presentar signos clínicos de infección por lo que es dada de alta el día 27 de septiembre de 2019 con antibioterapia por vía oral.

A partir de la semana 32 continúa el seguimiento del embarazo en consulta de obstetricia del Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. El seguimiento es normal salvo la detección de una macrosomía fetal en las ecografías obstétricas realizadas en semana 32 y 34 de gestación.

El 2 de marzo de 2020 a consulta a nuevo control. Se encuentra de 37+4 semanas de gestación.

Según la ecografía realizada el peso fetal estimado está en percentil 84. Se cita en semana 40 para monitorización fetal.

Acude a consulta de monitorización fetal el 20 de marzo de 2020. Se encuentra de 40+1 semanas de gestación. Se realiza un registro cardiotocográfico que es normal. Se programa inducción del parto el 24 de octubre de 2020.

Hasta este momento el control del embarazo había sido normal. Se habían realizado más controles ecográficos debido a la sospecha de macrosomía fetal.

Ingresa el 20 de marzo de 2020 a las 23:12 horas en planta de hospitalización del Hospital Universitario de Jerez por dinámica dolorosa. La dilatación es normal. Se produce parto con ventosa por alivio de expulsivo a las 15:41 horas del día 21 de marzo de 2020. El parto se complica con una distocia de hombros que se resuelve con maniobra de Mc Roberts (maniobra de primer nivel).

Según se registra en la historia clínica nace recién nacido varón con Apgar 7/8/9, de 4400 gr de peso y pH al nacimiento 7.20.

El puerperio transcurrió con normalidad. La paciente es dada de alta el 22 de marzo de 2020.

El neonato presenta un distrés respiratorio precoz leve con líquido amniótico meconial que precisa de maniobras de reanimación por lo que es ingresado en la Unidad de Cuidados Intermedios.

Es dado de alta el 26 de marzo de 2020 con los siguientes diagnósticos:

Juicio Clínico Diagnóstico Principal

SAM LEVE

COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE LEVE

PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA IZQUIERDA COMPLETA

PÁRESIA FACIAL IZQUIERDA LEVE

PARÁLISIS/PÁRESIA DIAFRAGMÁTICA IZQ

RNAT MACROSOMA

PARTO DISTÓCICO

A

Sigue revisiones periódicas siendo diagnosticado de parálisis braquial obstétrica completa izquierda con afectación hemidiafragmática izquierda, ptosis palpebral y miosis.

El día 29 de septiembre de 2020 es sometido a intervención quirúrgica con un postoperatorio normal siendo dado de alta el día 30 de septiembre de 2020.

Al analizar los factores de riesgo de la paciente para tener un parto complicado con una distocia de hombros:

Anteparto	Intraparto
Antecedente de distocia de hombros (recurrencia hasta 25%)	Progresión anormal del trabajo de parto
Diabetes Mellitus o Gestacional	Parto instrumentado
Feto grande para edad gestacional (<p97)	Segundo periodo de parto prolongado
Gestación cronológicamente prolongada	Uso de oxitocina
Obesidad materna (IMC>30)	Parto precipitado
Feto masculino	
Edad materna avanzada	
Talla materna baja	
Ganancia ponderal excesiva (>20 Kg)	
Anomalia pélvica	

Los factores de riesgo anteparto que presentaba la paciente eran:

- Edad materna avanzada.
- Feto masculino.
- Feto grande para la edad gestacional.

La ganancia de peso de la paciente en el embarazo fue de 14,6 kg. De acuerdo con el protocolo de la SEGO: "Control prenatal del embarazo normal" el incremento ponderal gestacional en una paciente normopeso se encuentra entre 11,5 y 16 Kg.

Por ello, la ganancia de peso de la paciente durante el embarazo fue en el límite alto de la normalidad.

En el informe del perito consta que "resulta evidente que la paciente presentó un incremento ponderal excesivo durante el embarazo que favoreció la macrosomía fetal sin que exista constancia de que el facultativo que controló el embarazo recomendara unas normas dietéticas encaminadas a limitar el crecimiento fetal". A juicio de este perito dicha afirmación no es cierta, ya que, aunque sí que la paciente tuvo un incremento ponderal en el límite superior de la normalidad, en las visitas que realizó a la consulta de obstetricia se le hicieron recomendaciones dietéticas y de ejercicio diario.

(Ginecología)
(30/12/2019 11:55)

Pruebas Complementarias:

GRUPO MATERNO 0 (-)....PRESCRIBO GAMMAGLOBULINA ANTI-D ANALITICA II TRIMESTRE NORMAL. O'SULLIVAN NORMAL. ANEMIA LEVE EN TITRO CON HIERRO ORAL. COOMBS INDIRECTO (+) A TITULO BAJO ANTI-D 1/1 (residual de gammaglobulina anti-D postamniocentesis). ECOGRAFIA ABDOMINAL. FETO UNICO VIVO EN CEFALICA. PERCENTIL 95. AUNQUE ME IMPRESIONA REVISANDO CARTILLA MATERNAL QUE ESTA DE 1 SEMANA MAS DESDE EL PRINCIPIO PLACENTA POSTERIOR GRADO II. LA NORMAL. DOPPLER CEREBRAL Y UMBILICAL NORMAL.

Juicio Clínico:

Gestación evolutiva acorde a una semana mayor. Screening I trimestre alto riesgo. Cariotipo 46XY. Ingreso por RPM post-técnica invasiva. SEMANA 28-4. Aunque me impresiona de 1 semana más desde 1º eco.

Plan de Actuación:

-DIETA + CAMINAR (RESTRINGIR HIDRATOS DE CARBONO)-DAMOS CITA PARA ECO III TRIMESTRE.-PRESCRIBO GAMMAGLOBULINA ANTI-D.-RESTO DE VISITAS EN AP. INFORMO DE SIGNOS DE ALERTA.



Se informa de las repercusiones negativas, en algunos casos graves que puede tener el consumo de tabaco en el desarrollo del feto, al margen de los potenciales daños que supone para la salud de la embarazada y de las personas de su entorno.

Se le aconseja una alimentación sana y equilibrada, evitando los azúcares refinados y aumentando el consumo de frutas y verduras.

Se le aconseja un control frecuente del peso, la Tensión Arterial y la realización frecuente de ejercicio físico moderado (caminar 30-45 minutos al día).

CONSEJO DE SALUD Y SEGURIDAD
Servicio de Asesoría de Salud
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID

En cuanto a la macrosomía fetal se define según el protocolo del Hospital Clinic de Barcelona como un neonato con peso al nacer superior a los 4000 g., sea cual sea la edad gestacional.

Entre los factores de riesgo gestacionales que pueden influir en la macrosomía fetal son:

- Aumento excesivo de peso durante la gestación (>16 kg).
- Sexo masculino.
- Gestación cronológicamente prolongada.
- Diabetes gestacional.

La paciente, como he dicho anteriormente, había tenido una ganancia ponderal límite, no excesiva, y se le habían dado a lo largo del embarazo recomendaciones dietéticas en varias ocasiones.

En cuanto a la finalización del embarazo en caso de sospecha de macrosomía fetal en caso de PFE >4500 g, en pacientes diabéticas, o PFE >5000 g, en pacientes no diabéticas, se finalizará gestación mediante cesárea electiva a partir de la semana 39. En el resto de las pacientes se puede permitir el parto vía vaginal.

En este caso, el peso del recién nacido fue de 4400 gr, con lo que sí que se podía permitir el parto y la actitud fue correcta.

En el informe pericial del Dr. afirma que "dadas las características del embarazo y el alto riesgo de que el parto se complicara con una distocia de hombros se debería de haber valorado la posibilidad de consensuar la extracción fetal mediante cesárea previamente a la estimulación del parto con oxitocina". A juicio de este perito esta afirmación no es cierta, en una paciente con un peso fetal estimado menor de 5000 gramos se puede permitir un parto vía vaginal.

Por otro lado, según queda registrado en la historia la distocia de hombros se resolvió con la maniobra de Mc Roberts, que consiste en una hiperflexión de las piernas de la paciente sobre el abdomen. Según la bibliografía revisada esta maniobra por sí sola resuelve el 90% de los casos.

Es una maniobra poco lesiva. Por ello, a juicio de este perito, teniendo en cuenta la lesión que tuvo el recién nacido se debió de realizar una tracción excesiva de la cabeza fetal durante el parto.

Según los protocolos de distocia de hombros revisados no debe realizarse una excesiva tracción de la cabeza del recién nacido para evitar lesiones del plexo braquial. En caso de no resolverse la distocia de hombros con las maniobras de primer nivel se debe valorar ampliar la episiotomía y continuar con las maniobras de segundo nivel.

Como conclusión, me parece que se hizo todo correctamente durante el seguimiento del embarazo y durante la dilatación, pero las lesiones que tuvo el recién nacido en el plexo braquial se deben probablemente a una hiperextensión del cuello en la resolución de la distocia de hombros.

A

Según los protocolos de distocia de hombros revisados esta hiperextensión debe evitarse e intentar la extracción fetal mediante otras maniobras.”

Para finalmente concluir: “Tras análisis médico legal del caso se encuentra parcialmente justificada la argumentación expuesta por el reclamante.”

SEXTO.- Este órgano instructor se ratifica en el Dictamen Médico emitido por el Facultativo Médico del Servicio de Gerencia de Riesgos del SAS, considerando que existe un nexo causal entre la prestación asistencial dispensada al paciente y el perjuicio reclamado, por lo que procede indemnizar a los reclamantes en la cuantía que le corresponda en proporción al daño ocasionado.

En este punto, dicho dictamen médico pone de relieve que “se hizo todo correctamente durante el seguimiento del embarazo y durante la dilatación, pero las lesiones que tuvo el recién nacido en el plexo braquial se deben probablemente a una hiperextensión del cuello en la resolución de la distocia de hombros.”

Según los protocolos de distocia de hombros revisados esta hiperextensión debe evitarse e intentar la extracción fetal mediante otras maniobras.”

No obstante lo anterior, se pone de manifiesto una incertidumbre en cuanto a la causa de producción de las lesiones que presentó el recién nacido, se ha expuesto que la distocia de hombro se resolvió con la maniobra de McRoberts, presentando el recién nacido una parálisis braquial obstétrica, pero nos encontramos con **la incertidumbre de no poder conocer con absoluta certeza el mecanismo concreto que causó la parálisis braquial obstétrica, si fue intrínseco o extrínseco, ni saber qué habría sucedido si se hubieran realizado maniobras de 2º o 3er nivel pues en estas también se puede presentar parálisis braquial obstétrica.**

Estando así las cosas, podrá deducirse que caben tanto la hipótesis de una tracción excesiva como un mecanismo ajeno a maniobra obstétrica, por lo que nos encontramos ante una evidente incertidumbre causal.

En consecuencia, desde un punto de vista medicolegal, no es posible acreditar el nexo de causalidad entre el comportamiento médico y el daño sufrido por el niño, existiendo una probabilidad significativa de que el evento dañoso no hubiera tenido lugar de haberse dado la conducta debida, probabilidad que confluye con aquellos casos en la que mecanismos intrínsecos, como hemos documentado científicamente, pueden causar la lesión, que puede tasarse en un 50%, porcentaje que razonablemente debe contemplarse en este caso para obtener una ecuánime valoración.

Ello conlleva la estimación parcial de la presente reclamación al existir nexo de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada y el daño producido.

SÉPTIMO.- Una vez reconocida la existencia de responsabilidad, queda por último, establecer la indemnización, teniendo en cuenta lo anteriormente expresado y para ello aplicaremos el sistema de valoración establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre de Reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Igualmente se tendrá en cuenta que en virtud del artículo 40 de la Ley 35/2015 se calcularán los importes correspondientes al año de producción de las lesiones actualizados a la fecha de la presente propuesta de resolución.

La parte actora ha presentado un informe pericial de valoración del daño suscrito por la Dra. que seguiremos para valorar la indemnización que corresponda al menor D.



LESIONES POR SECUELAS:

1.- PERJUICIO PERSONAL BÁSICO (Tabla 2.A)

- Secuelas físicas:

Según el Informe del Servicio de Rehabilitación de 16/10/2022 que figura en la historia clínica, en su apartado juico clínico se establece que el paciente sufre una parálisis braquial izquierda con afectación hemidiafragmática a la que corresponde un código 01074 Plejía periférica por lesión del plexo braquial (45-50 ptos.) correspondiendo una puntuación de 47 puntos.

Presenta también como secuela afectación hemidiafragmática que se valora de acuerdo con el informe pericial de parte correspondiéndole un código 04015 Parálisis del nervio frénico (2-90 ptos.) correspondiéndole una puntuación de 10 puntos.

También aparece diagnosticada la secuela de ptosis parpebral izquierda la que corresponde un código 02025 Afectación anejo ocular unilateral (1-10 ptos.) correspondiendo una puntuación de 2 puntos.

Al existir una concurrencia de secuelas derivadas de un mismo hecho lesivo se aplica la fórmula del artículo 98 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre. Y al ser más de dos secuelas las que concurren se aplicarán los apartados 2 y 3 del citado artículo y tras la aplicación de la fórmula tal y como se recoge en la norma expresada se obtiene una puntuación total de 49 puntos.

Según la Tabla 2.A.2 del baremo (actualizada a 2023) a la anterior puntuación corresponde una indemnización de 134.676,07 €.

- Perjuicio estético:

Es de aplicación el artículo 102 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que se califica como importante (como el que produce una amputación de alguna extremidad o la paraplejía) y le corresponde un código 11004 Perjuicio estético importante (22-30 ptos.) en este caso no estamos ante una amputación que estímanos sería el correspondiente a la máxima puntuación de la horquilla por lo que corresponde una puntuación de 26 puntos.

Según la Tabla 2.A.2 del baremo (actualizada a 2023) a la anterior puntuación corresponde una indemnización de 51.251,99 €.

TOTAL PERJUICIO PERSONAL BÁSICO DEL MENOR: 134.676,07 € + 51.251,99 € = 185.938,06 €.

2.- PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR (Tabla 2.B)

- Daños Morales complementarios por perjuicio psicofísico:

No aplica a no superar ninguna de las secuelas los 60 puntos, ni el resultado de las concurrentes los 80 puntos.

- Daños Morales complementarios por perjuicio psicofísico:

No aplica al no superar el perjuicio estético los 36 puntos.

- Perjuicio Moral complementario por pérdida de calidad de vida ocasionada por secuelas:

Se valora, de acuerdo con el informe pericial de parte como perjuicio moderado en grado alto del rango, según la Tabla 2.B del Baremo (actualizada a 2023) corresponde una horquilla entre 11.902,56 € hasta 59.512,81 €, correspondiendo, por tanto, una indemnización de 59.512,81 €.

3.- PERJUICIO PATRIMONIAL (Tabla 2.C)

A

En este apartado se reclama por gastos previsibles de asistencia sanitaria futura según secuela y por órtesis y/o prótesis, ambas reclamaciones son objeto de prestación por el Sistema Sanitario Público, por lo que no procede indemnización alguna en este concepto.

También se reclama por el concepto de ayuda de tercera persona, que según el artículo 121 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, se hará efectiva cuando "a) el perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial de una secuela es igual o superior a 50 puntos o el resultado de las secuelas concurrentes, una vez aplicada la fórmula correspondiente sea igual o superior a 80 puntos ó b) a pesar de no alcanzarse la puntuación indicada en el apartado anterior, se considera que tal ayuda es necesaria por verse especialmente afectada la autonomía personal.". En el presente caso se considera que pese a no alcanzar los umbrales de puntuación la autonomía personal del reclamante está especialmente afectada. Por lo que en aplicación de la Tabla 2.C.2 corresponde un código 01074 por Plejía periférica por lesión plexo braquial a la que corresponde una ayuda de tercera persona entre 1 y 2 horas diarias. En el presente caso se reconoce una ayuda de 1 hora diaria. Correspondiendo una indemnización, según la Tabla 2.C.3 de **2.925,08 €**.

También se reclama por lucro cesante, que debe calcularse en función de la edad y las posibilidades futuras de trabajo del lesionado, en este caso se estima una discapacidad Grado 3. Entre un 25% y un 49%: aunque la persona es independiente, existe una dificultad importante, por lo que correspondería una Incapacidad Parcial y por tanto sería de aplicación la Tabla 2.C.6, no obstante, al ser el lesionado menor de treinta años y estar pendiente de acceder al mercado laboral es de aplicación el artículo 130 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, según el cual "Sólo se tiene en cuenta la pérdida de la capacidad de obtener ganancias en los supuestos de incapacidad absoluta y total". En base a ello no corresponde indemnización alguna por este concepto.

4.- INDEMNIZACIÓN POR LESIONES TEMPORALES (TABLA 3)

- Perjuicio personal básico:

Desde la fecha del nacimiento (21/03/2020) hasta la fecha de la estabilización lesional (28/10/2020 - consulta de rehabilitación-) y descontando el ingreso en neonatología (6 días): 216 días.

$216 \text{ días} \times 35,71 \text{ €} = \underline{\underline{7.713,36 \text{ €}}}$

- Perjuicio personal particular:

No se considera el ingreso en Neonatología porque presentaba otras patologías que suponen un periodo de ingreso equivalente, por lo que solo se tiene en cuenta el ingreso para la intervención quirúrgica del 29/09/2020 al 30/09/2020, 2 días que se califican como graves.

$2 \text{ días} \times 89,27 \text{ €} = \underline{\underline{179,94 \text{ €}}}$

- Intervención quirúrgica:

Intervención quirúrgica del grupo VI de la Clasificación de la Organización Médica Colegial: 1.547,34 €

5.- TOTALES DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS INDEMNIZATORIOS

La suma de los anteriores conceptos arroja un total de **257.806,59 €**.

6.- INCERTIDUMBRE DEL NEXO CAUSAL

Como ya se explicó en el fundamento de derecho séptimo de la presente propuesta de resolución se ha puesto de manifiesto una incertidumbre en cuanto a la causa de producción de las lesiones que presentó el recién nacido por lo que no es posible conocer con absoluta certeza el mecanismo concreto que causó la parálisis braquial obstétrica, si fue intrínseco o extrínseco, ni saber qué habría sucedido si se hubieran realizado maniobras de 2º o 3er nivel pues en estas también se puede presentar parálisis braquial obstétrica.



Estando así las cosas, podrá deducirse que caben tanto la hipótesis de una tracción excesiva como un mecanismo ajeno a la maniobra obstétrica, por lo que nos encontramos ante una evidente incertidumbre causal.

En consecuencia, desde un punto de vista medicolegal, no es posible acreditar el nexo de causalidad entre el comportamiento médico y el daño sufrido por el niño, existiendo una probabilidad significativa de que el evento dañoso no hubiera tenido lugar de haberse dado la conducta debida, probabilidad que confluye con aquellos casos en los que mecanismos intrínsecos, pueden causar la lesión, **que puede tasarse en un 50%, porcentaje que razonablemente debe contemplarse en este caso para obtener una ecuaníme valoración.**

Por ello, ha de reducirse el importe de la indemnización antes calculada en un 50%, es decir:

$257.806,59 \text{ €} \times 50\% = \mathbf{128.903,29 \text{ €}}$.

En definitiva, **se realiza propuesta indemnizatoria** a favor del menor D. cuantificada en **CIENTO VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS TRES EUROS CON VEINTINUEVE CÉNTIMOS (128.903,29 €)**, por la valoración del daño corporal, con el desglose que anteriormente figura.

Por todo ello, cabe estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por, Dña. y D. su propio nombre y Derecho y en nombre y representación de su hijo menor D. en la cantidad y con el desglose anteriormente expuestos.

OCTAVO.- El aseguramiento por parte de este Organismo del riesgo relativo a siniestro con causa de responsabilidad civil y patrimonial. Está contratado desde el 13 de junio de 2019, con la compañía aseguradora Societé Hospitalière D'Assurances Mutueles (SHAM) Sucursal en España, número de póliza 161271, en su Sección II.

En el apartado 6 del acuerdo Quinto del Contrato de Seguro se establece literalmente:

"QUINTO.- La oferta efectuada por el contratista que suscribe y a cuyo cumplimiento resulta obligado es:

6. Franquicia de 50.000 euros por siniestro para la Sección II (...).".

NOVENO.- De acuerdo con lo estipulado en el clausulado de la póliza mencionada, en el caso que nos ocupa el Servicio Andaluz de Salud pagará **50.000€** y la compañía aseguradora Societé Hospitalière D'Assurances Mutueles (SHAM) Sucursal en España se hará cargo del resto de la cuantía, es decir, **78.903,29 €**.

A la vista de cuanto antecede el Servicio de Gerencia de Riesgos eleva a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud la siguiente

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Que se estime parcialmente la reclamación presentada por Dña. y D.
EN SU PROPIO NOMBRE Y Derecho y en nombre y representación de su hijo menor
de edad D. al existir un nexo de causalidad entre el funcionamiento de la
Administración y el daño alegado y, en consecuencia, que se indemnice a D. con la
cantidad de 50.000 € por el SAS y 78.903,29 € por la compañía aseguradora Societé Hospitalière D'Assurances
Mutueles (SHAM) Sucursal en España. Fdo.- LA JEFA DEL SERVICIO DE GERENCIA DE RIESGOS."

A

SEGUNDO.- Se procedió, según lo establecido en el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, a remitir la propuesta de resolución junto con el expediente administrativo al Consejo Consultivo de Andalucía, al que corresponde emitir dictamen en razón de la cuantía de la indemnización solicitada, a tenor de lo previsto en el artículo 17.10 a) de la Ley 4/2005 de 8 de Abril del Consejo Consultivo de Andalucía.

TERCERO.- La Comisión Permanente del Consejo Consultivo dictaminó favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la solicitud de indemnización, considerándola ajustada a Derecho, haciendo las siguientes consideraciones al respecto:

“IV

La parte reclamante considera que ha existido una defectuosa asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el que se utilizó ventosa para la extracción del feto, produciéndose una complicación consistente en una distocia de hombros que se resuelve con maniobras de primer nivel (Mc Roberts). El neonato presentó un distress respiratorio precoz leve con líquido amniótico meconial que precisó maniobras de reanimación, por lo que fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los reclamantes manifiestan que tras el nacimiento su hijo fue diagnosticado de parálisis braquial obstétrica completa del miembro superior izquierdo, paresia facial izquierda leve y parálisis/paresia diafragmática izquierda. Estiman que las graves secuelas que sufre el menor son consecuencia de una inadecuada asistencia médica, fundamentada, según sostienen, en que, por una parte, no se valoraron los factores de riesgo que favorecían la posible presencia de una distocia de hombros, los cuales concurrían en el anteparto (macrosomía fetal, incremento de peso ponderal excesivo, edad avanzada materna -45 años-, sexo masculino del feto); circunstancias éstas en base a las que aseveran que el parto instrumental no estaba correctamente indicado.

Así, concluyen que dadas las características del embarazo y el alto riesgo de que el parto se complicara con una distocia de hombros se debería haber valorado la posibilidad de consensuar la extracción fetal mediante cesárea, previamente a la estimulación del parto con oxitocina. Sostienen, finalmente, que dada la gravedad del plexo braquial que precisó de intervención quirúrgica, no se puede defender que la lesión del plexo braquial fuera ajena a las maniobras realizadas para la extracción del feto.

La asistencia médica que se dispuso a la gestante queda perfectamente descrita y sintetizada en el informe de 23 de junio de 2021, emitido por la Jefa de Servicio de la UGC de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Jerez. En dicho informe se refleja de forma exhaustiva, con base en la documentación obrante en la historia clínica, el seguimiento del embarazo de la gestante. Se destaca que, en cuanto a las características del embarazo y el supuesto riesgo del parto, el embarazo es fruto de una técnica de reproducción asistida, que en el momento de someterse de forma voluntaria a un tratamiento, asume el riesgo inherente al embarazo. Subraya que el riesgo de cromosomopatías, es muy elevado con la edad de la paciente, y por ello, se realizó cribado y posterior técnica invasiva diagnóstica. Respecto a la ganancia ponderal, reitera que se indicaron a la paciente las medidas dietéticas y de ejercicio físico correspondientes, siendo en la última consulta realizada a las 40 semanas, en la consulta de bienestar fetal, donde se valora la gráfica fetal, la situación materna y el momento de finalización. Afirma, que con los datos existentes la vía de parto vaginal era la indicada en esta paciente, ante ausencia de indicaciones absolutas de cesárea electiva, rechaza que deba informarse a la paciente de una posible distocia, porque se trata de una complicación imprevisible y señala que en ninguna guía se recoge la indicación de cesárea con peso estimado del feto, por debajo de los 5 kg en no diabéticas.

En relación con las actuaciones médicas llevadas a cabo durante el parto, puntualiza que las maniobras realizadas, se contemplan dentro de la asistencia, donde pueden desencadenarse situaciones de emergencia que precisen acciones inmediatas con objeto de mejorar resultados, como las maniobras de Mc



Roberts al detectarse la distocia y con la resolución del cuadro. Precisa que los consentimientos informados en decisiones urgentes, no programadas, como puede ser la instrumentación de un parto, o una cesárea, no se realizan por escrito, sino que se aporta verbalmente la información a la paciente de la indicación de una técnica determinada, justificándola y aclarando dudas pero actuando con la premura que la situación clínica exija, respetándose así los derechos fundamentales del paciente, sin detrimento de una adecuada práctica médica.

Indica, finalmente, que la distocia de hombros y la parálisis braquial son complicaciones infrecuentes e imprevisibles y saberle dar respuesta de forma efectiva ha demostrado mejorar los resultados. Por ello considera que la asistencia durante el embarazo y durante el parto a doña [redacted] cumple con lo indicado en las guías clínicas, sin merma de los derechos fundamentales de la paciente ni del menor, con gestos y prácticas médicas adecuadas a cada situación.

Por su parte, el dictamen del facultativo del Servicio de Gerencia de Riesgos del Servicio Andaluz de Salud analiza por extenso la asistencia sanitaria cuestionada, declarando que -con fundamento en la documentación incorporada durante la instrucción del procedimiento- tanto el seguimiento del embarazo, como la dilatación en el parto se realizaron de forma correcta, pero reconoce que las lesiones que tuvo el recién nacido en el plexo braquial se deben probablemente a una hiperextensión del cuello en la resolución de la distocia de hombros que se presentó durante el parto. El facultativo informante señala, finalmente, que según los protocolos de distocia de hombros revisados, esta hiperextensión debe evitarse e intentar la extracción fetal mediante otras maniobras; por ello, concluye que se encuentra parcialmente justificada la argumentación expuesta por la parte reclamante.

A la luz de lo actuado en el procedimiento, no cabe duda que a la vista de la gravedad de las lesiones que presentó el recién nacido se produjo una asistencia sanitaria no ajustada a la lex artis, exclusivamente, en lo que se refiere a las maniobras de resolución de la complicación surgida durante el parto, que consistió en una distocia de hombros. Así lo declaran de forma palmaria los tres informes médico-periciales aportados por la parte reclamante durante la instrucción del procedimiento, en los que se viene a concluir, en primer lugar, que consideran probada la existencia de una relación de causalidad entre la asistencia obstétrica prestada y las lesiones del menor, pues, lejos de pasar a realizar otras maniobras que disminuyeran los riesgos de producir lesiones al neonato, se persistió en la ejecución de la maniobra de Mc Roberts de forma técnicamente incorrecta, lo que provocó las graves y desproporcionadas lesiones en el plexo braquial del bebé; en segundo lugar, mantienen que la gestante cumplía con los factores de riesgo de la distocia de hombros, en concreto, con el incremento ponderal gestacional, ante el que no se tomaron medidas dietéticas adecuadas; en tercer lugar, destacan que ante la sospecha de macrosomía fetal, lo más idóneo habría sido consensuar una cesárea, que, con toda probabilidad, hubiera evitado las graves lesiones del plexo braquial que presentó el neonato.

Por consiguiente y hechas estas consideraciones, a la vista de las pruebas obrantes en el expediente, este Consejo Consultivo considera que la prestación asistencial no fue acorde con las circunstancias que concurren en el caso y, en consecuencia, se estima probada la relación de causalidad entre el daño sufrido y la asistencia sanitaria que se dispensó a la reclamante.”.

V

Los reclamantes solicitan una indemnización de 528.986 euros que justifican en la valoración del daño que se hace en uno de los informes periciales que aportan.

Sin embargo, a juicio de este Órgano, resulta ajustada a derecho la cuantificación que se consigna en la propuesta de resolución y que reconoce el derecho a percibir una indemnización de 128.903,29 euros, a favor del menor don [redacted] desglosada en los términos que se consignan en la mentada propuesta en la cual se proporcionan argumentos razonados y debidamente fundamentados que justifican la minoración de la indemnización a reconocer a la parte reclamante respecto de la cuantía solicitada por éstos.”.

A

En virtud de las competencias que tiene atribuidas, según lo establecido en el artículo 92 de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 69 de la Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y el artículo 12.1.m) del Decreto 198/2024, de 3 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo, esta Dirección Gerencia dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN

De acuerdo con la anterior propuesta, de fecha 23 de enero de 2023, cuyos razonamientos hace suyos y sirven de motivación a esta resolución y de acuerdo con el Consejo Consultivo de Andalucía, se estima parcialmente la reclamación formulada por DÑA. _____ y D. _____

EN SU PROPIO NOMBRE Y Derecho y en nombre y representación de su hijo menor de edad D. _____ al existir un nexo de causalidad entre el funcionamiento de la Administración y el daño alegado y, en consecuencia, que se indemnice a D. _____ con la cantidad de 50.000 € por el SAS y 78.903,29 € por la compañía aseguradora Societé Hospitalière D'Assurances Mutuelles (SHAM) Sucursal en España.

Notifíquese esta Resolución a la persona reclamante, haciéndole saber que, con ella, se agota la vía administrativa, conforme a lo establecido en el artículo 114.1 e) de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas e informándole, asimismo, que frente a la misma podrá interponer Recurso potestativo de reposición, en el plazo de un mes, en virtud de lo previsto en los artículos 123 y 124 de la precitada ley y Recurso Contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses, ante los órganos judiciales de lo Contencioso-administrativo en cuya circunscripción tenga su domicilio, o, a su elección, ante los de Sevilla, sede de este Órgano resolutor, todo ello de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1.2ª de la Ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. El plazo contará a partir de la fecha de notificación de la resolución.

LA DIRECTORA GERENTE