

Dictamen n.º: **463/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.07.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 18 de julio de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y D., quienes actúan en su propio nombre y también en representación de su hijo menor de edad, D. (en adelante “*los reclamantes*”), representados por un letrado, por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de otra hija, recién nacida y por los de la madre, que quedó imposibilitada para tener más hijos, considerando que todo ello resulta de una inadecuada asistencia en el parto, en el Hospital Universitario de Torrejón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 18 de octubre de 2022, las personas citadas en el encabezamiento, asistidas por un abogado, presentaron en el registro del SERMAS, una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija, recién nacida, que atribuyen a la asistencia dispensada durante el embarazo y el parto, en el Hospital Universitario de Torrejón. Además, se reclama por los daños causados

a la madre, a la que hubieron de practicarle una histerectomía, que la imposibilita tener más hijos, vinculando todo ello a la mala praxis en la asistencia al parto.

Explican que, la gestación y el seguimiento del embarazo de la reclamante fueron normales, con la única particularidad de que, según constaba como antecedente médico en la historia clínica, la reclamante tuvo un embarazo anterior que concluyó con cesárea, en el año 2018 y consideran que por esa circunstancia, debería haberse efectuado un seguimiento más estrecho de la evolución del segundo parto, toda vez que un parto prolongado, está asociado a un mayor riesgo de rotura uterina, como ocurrió en este caso.

Detallan los reclamantes el desarrollo del alumbramiento y exponen que día 28 de febrero de 2022, a las 16:00 h, la gestante acudió a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón para el parto, encontrándose de 39+5 semanas de embarazo. Ingresó en el Servicio de Obstetricia, para seguimiento de la dilatación, a las 18:30 h, administrándosele anestesia epidural y presentando a la exploración una dilatación de 4 cm.

Continuando el proceso, a las 07:30 h del día siguiente, 1 de marzo de 2022, presentaba dilatación completa, temperatura 37,8° y registro cardiotocográfico -RCTG- a 165 latidos por minuto -lpm-, sin desaceleraciones, comenzando así la segunda parte del parto o periodo expulsivo, que se prolongó más de cuatro horas.

A las 09:30h, tras dos horas de descenso pasivo, se comenzó con los pujos dirigidos.

Mantienen los reclamantes que, el registro cardiotocográfico fue normal hasta las 11:06h, presentando entonces registro patológico, con desaceleraciones hasta los 100 lpm y que, a las 11:15h se produjo una bradicardia de 10 minutos, hasta 80 lpm. Seguidamente el

registro cardiotocográfico fue taquicárdico (180lpm) durante 14 minutos más, hasta el momento del alumbramiento.

El escrito de reclamación recoge el comentario de evolución de la matrona, a las 11:30h: “Tras cuatro horas de expulsivo, presentación en IV plano, se avisa a ginecólogo de guardia por no descenso de la presentación, agotamiento materno y RCTG con desaceleraciones profundas y pérdida de foco. Se intenta ventosa tipo Kiwi que derrapa por caput y se realiza fórceps sin incidencias. A la salida de la cabeza fetal se produce salida de un gran coágulo y sangre oscura y se sospecha DPPNI -desprendimiento prematuro de placenta-”.

A las 11:40 h del 1 de marzo de 2022, nació una mujer de 2.960 g y un test de Apgar de 1/3/3. El pH de la arteria umbilical era de 6,51, nació viva, pero sin esfuerzo respiratorio ni tono, por lo que pasó a reanimación, con frecuencia cardiaca de 90-100 lpm y se inició ventilación PPI -ventilación nasofaríngea, con presión positiva intermitente- y ante la ausencia de esfuerzo respiratorio se la intubó al minuto y medio de vida.

El alumbramiento se produjo por extracción manual y se suturó un desgarró de grado I en vagina de la parturienta.

A las 13:45 h se constató hipotensión materna (75/45, 89/51, 101/64), sin sangrado.

A las 14:00 h se cursó el traslado de la recién nacida al Hospital Clínico San Carlos. Durante el ingreso en Pediatría del dicho hospital se le diagnosticó una lesión cerebral extensa, consecuencia de un episodio hipóxico-isquémico profundo y prolongado. En el informe de alta, el diagnóstico fue de “encefalopatía hipóxico-isquémica grave, daño multiorgánico, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, sospecha de infección”.

La recién nacida falleció a las 19:30h, del día 4 de marzo de 2022.

Entretanto, el día 1 de marzo, a las 17.00 horas se dio de alta a la madre, con traslado al Hospital Clínico San Carlos, debido al traslado de la recién nacida, aunque manifiestan los reclamantes que, por problemas de ambulancias y traslados, se demoró el traslado y no se llevó a efecto hasta las 20:00 ó 21:00 horas de esa tarde.

Explican los reclamantes que, en el informe de alta de la madre, se le dieron recomendaciones de tipo genérico, como si se hubiera ido a su domicilio y se encontrara bien y, que en todo caso, no se hacía constar la disnea súbita que sufrió tras dar a luz, junto con un intenso dolor en el abdomen; a pesar de las manifestaciones al efecto de la interesada a los facultativos que la atendieron.

Señalan que, ya en el Hospital Clínico, fue tratada con paracetamol esa noche y, a la mañana siguiente, al persistir el dolor, comenzaron a sospechar que pudiera tratarse de algo más grave, pues la analítica realizada a la paciente el día 2 de marzo de 2022 mostraba anemia (Hb 7,3g/dl), y signos de inflamación/infección, con PCR 208.

Durante el ingreso, la paciente precisó la transfusión de varios concentrados de hematíes y, ante la aparición de fiebre, se le realizaron pruebas de imagen.

En un TC del día 9 de marzo de 2022, se le diagnosticó un defecto uterino anterior, con hemoperitoneo de aspecto organizado en ambos flancos y fue intervenida, objetivando la apertura de toda la cicatriz de la cesárea previa, coágulos, y hemoperitoneo, epipión y ciego con plastrón inflamatorio, refrescándose bordes quirúrgicos uterinos y realizándose lavado de hemoperitoneo, omentectomía parcial y cierre de la apertura uterina objetivada (reparación uterina y lavado de cavidad).

El día 13 de marzo se le realizó un nuevo TC, que denotó hallazgos radiológicos sugerentes de dehiscencia de la herida en el istmo uterino, con varias colecciones abdominopélvicas. Se decidió, por tanto, una nueva cirugía urgente el 14 de marzo, practicándole una histerectomía total, con sutura de vejiga por laceración de esta y reparación vesical.

La paciente fue dada de alta el día 23 de marzo, con diagnóstico de dehiscencia de sutura de cesárea con infección abdominal secundaria, que precisó histerectomía; colecciones intraabdominales; laceración vesical; íleo paralítico resuelto y anemia grave, tratada con múltiples transfusiones y, hasta el 31 de agosto de 2022, estuvo bajo control médico, por el seguimiento de las colecciones infecciosas que aún permanecían.

El escrito de reclamación indica que, además, la paciente tuvo que acudir a terapia en el Servicio de Psicología del Hospital Clínico San Carlos, con diagnóstico de trastorno por estrés agudo y duelo y que, continuaba en tratamiento y en situación de incapacidad laboral transitoria, en esa fecha.

Los reclamantes consideran que las terribles consecuencias sufridas, se debieron a la omisión de las precauciones requeridas por los antecedentes médicos de la paciente y a la ausencia de un adecuado control de la evolución del proceso del parto, que propició el fallecimiento de la pequeña, a causa de la hipoxia padecida durante el alumbramiento, motivando además un desgarró uterino, tratado de forma tardía, que causó una grave infección y desencadenó la necesidad de practicar una histerectomía de la madre.

Por causa de todo lo expuesto, se reclama un total de 454.789,58 €, que se desglosa diferenciando:

- 286.058,65 €, para la madre. De ellos, 12.656,20 € se reclaman por sus lesiones temporales; 86.910,70 € por el perjuicio personal básico motivado por la pérdida del útero y los daños psiquiátricos; 109.701,03 € en concepto de perjuicio moral particular excepcional y 76.790,72 € como indemnización por la muerte de su hija.

- 146.790,72 € para el padre de la menor fallecida, considerando 76.790,72 € como indemnización por la muerte de su hija y 70.000€ de daños morales, por no poder tener más hijos con su esposa.

- 21.940,21 € para el hermano de la fallecida, como indemnización por la muerte de su hermana, recién nacida.

Se adjunta a la reclamación, el DNI de los reclamantes mayores de edad; certificado del nacimiento de su otro hijo menor, junto con el libro de familia, para acreditar su representación en este procedimiento; certificados de nacimiento y defunción de la recién nacida fallecida; diversa documentación médica, los partes de baja y alta médica de la madre y un informe pericial en el que sustentan la valoración de los daños (folios 1 al 275 del expediente).

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

La reclamante, de 37 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedente la práctica de una anterior cesárea, en el año 2018.

En cuanto al seguimiento previo del embarazo cuyo desenlace motiva la reclamación, según resulta de la historia clínica, se desarrolló con normalidad, acudiendo a las consultas de control en el

Hospital Universitario de Torrejón, en fechas 24 de agosto de 2021, 18 de octubre de 2021 y 13 de diciembre de 2021.

En la revisión de Ginecología de fecha 1 de febrero de 2022, se habló sobre la vía del parto, anotándose: “la paciente desea intentar vía vaginal. Se explica tasa de éxito y riesgo de parto vaginal con cesárea previa. Se entrega CI (consentimiento informado)”.

En la última revisión antes del ingreso para el parto, del día 16 de febrero de 2022, la exploración fue normal y la paciente entregó firmado el documento de consentimiento informado para el parto vaginal.

El 28 de febrero de 2022, la gestante acudió a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, con dinámica de parto.

Ingresó en planta el mismo día con inicio de parto espontáneo y edad gestacional de 39+5 semanas.

El cribado de anomalías genéticas había denotado riesgo intermedio, el cribado de preclamsia riesgo bajo y el de diabetes gestacional, normal.

Según resulta de los registros evolutivos de Enfermería, ingresó a las 19:30 h, por parto en curso, anotándose que deseaba analgesia epidural y que se le colocó vía venosa periférica en el miembro superior izquierdo.

El registro cardiotocográfico -RCTG- era de 140 lpm, con variabilidad normal, ascensos presentes y sin deceleraciones.

Se efectuó cambio de turno a las 21 h, anotándose un RCTG de 150 lpm, reactivo, variable, con presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones.

A las 23:15 h, se avisó por sensación de pérdida de líquido amniótico, que se objetivó, con dilatación de 5-6 cm, encontrándose la gestante normotensa, con RCTG de 150 lpm, reactivo, variable, presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones.

El día 1 de marzo de 2022, a las 01:30 h, se anotó la constancia de un RCTG tranquilizador y a las 03:30 h, la exploración mostraba una dilatación de 8 cm, con RCTG de 145 lpm, reactivo, variable, presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones.

A las 05:00 h, el RCTG era de 160 lpm, reactivo, variable, presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones.

A las 07:30 h, se constató dilatación completa, con RCTG de 165 lpm, reactivo, variable, presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones. Se anotó que a esa hora la paciente fue valorada por un ginecólogo de guardia.

A las 09:30 h se produjo otro cambio de turno y, según refleja la historia clínica, las anotaciones se realizan a continuación en retrospectiva, a las 13:05 h.

Según las mismas, a las dos horas cumplidas de descenso pasivo, comenzaron a realizar pujos dirigidos en semifowler, con apoyo plantar. Continuaron con arco plantar, alternando con hiperflexión de rodillas.

A las 11:30 h, tras 4 h de expulsivo, constaba presentación en IV plano, se avisó a Ginecología de guardia por no descenso de la presentación, agotamiento materno y RCTG con desaceleraciones profundas y pérdida de foco.

Se intentó la extracción con ventosa tipo Kiwi que derrapó por caput y a continuación, se llevó a efecto un parto instrumental con

fórceps, sin dificultad. De esa forma, a las 11:40 h aconteció un parto instrumental, naciendo una mujer viva, sin esfuerzo respiratorio ni tono. Se pinzó el cordón y pasó a la recién nacida a la zona de reanimación, con Pediatría.

Se objetivó y anotó la salida de grandes coágulos de sangre compatibles con un desprendimiento prematuro de placenta.

Con independencia de las referidas anotaciones de Enfermería, los registros de monitorización fetal recogidos en la historia clínica reflejan que, desde las 09:45 h se observaban bradicardias de 100 lpm y taquicardias de 180 lpm. A las 11:00 h se produjo una alarma y taquicardia; a las 11:14 h, pérdida de señal de la frecuencia cardiaca fetal y nueva alarma por el mismo motivo a las 11:17h. A las 11:20 h, se produjo otra alarma con bradicardia y a las 11:27 h, alarma con taquicardia continua hasta el parto, que se produjo a las 11:40 h.

El informe de Pediatría en el paritorio constató un test de Apgar de 1/3/3.

Se inició presión positiva intermitente, con una frecuencia cardíaca menor a 100 lpm, encontrándose la nacida hipotónica y sin esfuerzo respiratorio.

Se le practicó intubación a las 11:43 h con tubo endotraqueal y aspiración meconial y a las 11:48 h se conectó sensor de CO₂ en el tubo endotraqueal.

A las 11:49 h acudió un segundo pediatra.

Se aumentó progresivamente el flujo de oxígeno hasta el 100% y a las 11:55 h se realizó traslado en incubadora de transporte, conectada a respirador, a la Unidad de Neonatología, acompañada por pediatras y el padre de la nacida fue informado in situ.

A su llegada a la Unidad de Neonatología, se conectó a ventilación mecánica controlada, se canalizó la vena umbilical y una vía periférica en el miembro superior derecho.

A los 40 minutos de vida, se anotaron los siguientes datos de la nacida: pH 6,79, pCO₂ 37, EB-29, HCO₃ 7, A. Láctico 19, Glu 164, Hb 17,9, Hto 54%.

Se decidió hipotermia pasiva a 34 ° y conectarla a respirador, con saturaciones superiores al 90%. Se conectó también a la menor a un sistema de aspiración cerrada, presentando secreciones sanguinolentas muy espesas.

Dada la sospecha de asfixia perinatal se decidió su traslado manteniendo la hipotermia, al Hospital Universitario Clínico San Carlos.

En cuanto a la madre, en el paritorio, se le efectuó la extracción manual de la placenta a los 30 minutos del expulsivo, bajo cobertura antibiótica y se le suturó un desgarro de I plano.

En el puerperio inmediato la madre evolucionó con normalidad hasta las 19:00 h, en que fue trasladada en ambulancia al Hospital Universitario Clínico San Carlos, para reagrupación familiar.

Respecto a la asistencia de la menor en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, a las 5 h de vida ingresó a cargo del Servicio de Pediatría.

Según recoge la historia clínica, en la exploración física al ingreso, la nacida presentaba mal estado general, palidez cutánea y estaba intubada.

En el plano neurológico se encontraba en coma, sin actividad espontánea, hipotónica, en cuanto a la postura, mantenía los

miembros inferiores en flexión y los superiores en extensión. Los reflejos osteo-tendinosos se encontraban ausentes, la succión ausente, el reflejo del Moro ausente y tampoco presentaba tono cervical. Las pupilas estaban midriáticas, arreactivas, sin apertura ocular espontánea y sin reflejo corneal, ni oculovestibulares.

Al ingreso se le colocó monitorización de la función cerebral y el electroencefalograma no objetivaba crisis, presentando trazado continuo de bajo voltaje.

A las 36 h de vida comenzó a presentar crisis eléctricas.

A las 72 h de vida fue valorada por Neuropediatría, objetivando nivel de conciencia estuporcoma, tono muscular flácido con marcada hipotonía generalizada, sin presentar ningún movimiento espontáneo, ni a la estimulación táctil [...], concluyendo que presentaba una exploración compatible con encefalopatía hipóxico-isquémica extensa, de pronóstico infausto.

En ese contexto se le realizó una RNM cerebral donde se objetivaron hallazgos compatibles con una lesión cerebral extensa, consecuencia de un episodio hipóxico-isquémico profundo y prolongado.

Ante la exploración clínica y los hallazgos de la prueba de imagen, se informó a los padres de forma conjunta con Psicología sobre el pronóstico vital y neurológico de la paciente y decidieron la oportuna reorientación del cuidado. Estando acompañada de los padres y bajo sedación, a las 18:10 h se retiró la asistencia respiratoria a la recién nacida, produciéndose el fallecimiento a las 19:30 h.

En cuanto a la asistencia de la madre a cargo del Servicio de Ginecología, del Hospital Universitario Clínico San Carlos, donde

también fue remitida, a su llegada presentaba buen estado general, constantes normales, tensión arterial 133/88 mmHg, 108 lpm, T° 36,5°C y saturación del 97%.

Refería, no obstante, dolor en la región epigástrica que irradiaba a ambos flancos y al hombro derecho y que, no cedía a la toma de analgesia. Fue explorada anotándose la presencia de abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda y sin signos de irritación peritoneal, con útero bien contraído.

El día 2 de marzo de 2023, paso a planta, con exploración normal, loquios normales fisiológicos, vagina libre y sin objetivar desgarros, ni hematomas.

Como continuaba refiriendo dolor con los movimientos respiratorios y dificultad respiratoria se contactó con Medicina Interna y se le realizó un TAC abdominal, denotando la presencia de neumoperitoneo, que inicialmente se atribuyó a su cuadro anémico agudo.

El TAC abdominal fue valorado por Medicina Interna, anotando que no se podía descartar una pequeña perforación a nivel de la cicatriz uterina previa, con pequeña cantidad de líquido libre.

Sin otros hallazgos, se explicó a la pareja el resultado del TAC y se decidió mantener actitud expectante, de acuerdo con las indicaciones de Medicina Interna.

El día 3 de marzo de 2022, se anotó tensión arterial de 121/66, saturación 99% y T° 37,6°C.

Continuaba el dolor en el flanco derecho, irradiado a la región escapular y el hombro. La paciente deambula, mantenía diuresis espontánea, aunque no deposición, ni peristaltismo.

Se le transfundieron 2 concentrados de hematíes, al presentar anemia, con analítica: Hb 8,2.

La exploración abdominal denotó abdomen distendido y muy timpánico, blando depresible, doloroso de manera generalizada, sin signos de irritación peritoneal. El útero estaba contraído, la vagina libre y continuaba con loquios fisiológicos.

Se consultó con Medicina Interna, acordando cobertura antibiótica con ceftriaxona y metronidazol.

Se le realizó una ecografía, cuyo informe señala: “Cavidad vacía. No se objetivan soluciones de continuidad, ni signos de colecciones sobre cicatriz de cesárea anterior”.

Constan revisiones diarias, desde el día 4 al 8 de marzo de 2022.

El día 9 de marzo de 2022, la paciente presentó temperatura de 37,7° C, con picos ayer de 38,4 y 38° C. Hb 10,6.

En la ecografía abdominal se mostró el útero aumentado de tamaño en relación con útero postgrávido y en la porción anterior del istmo uterino se identificó un defecto en todo su espesor, de aproximadamente 3,5 x 3,5 cm, en relación con desgarro probablemente coincidente con la cicatriz previa de la cesárea.

Dada la clínica y la no mejoría analítica a pesar de la antibioterapia y, ante las evidencias de las pruebas de imagen se indicó la práctica de una laparotomía exploradora. Se anotó que si fuera posible se la operaría por la tarde. Además, se le entregó el documento de consentimiento informado de la cirugía, explicando la eventual posibilidad de realizarle una histerectomía, en función de los hallazgos.

El protocolo quirúrgico reflejó los siguientes hallazgos: “rotura uterina. Cicatriz previa uterina completamente abierta con bordes inflamados y muy friables. Inflamación generalizada con plastrón de epiplón de 8 cm. Abundante fibrina que compromete asas intestinales y aparato genital interno. Moderada cantidad de hemoperitoneo. Se resecan bordes de la histerectomía previa extirpando gran parte de tejido friable. Se sutura histerectomía con puntos sueltos. Se objetiva apertura de ligamentos anchos que se suturan”.

En las revisiones diarias de los días siguientes, persistieron los picos febriles.

El día 13 de marzo, se habló con Cirugía General y por persistencia de picos febriles se indicó la realización de un TC abdómino-pélvico.

El referido TC abdómino-pélvico mostró hallazgos radiológicos sugerentes de dehiscencia de la herida en el istmo uterino, con varias colecciones abdómino-pélicas.

El día 14 de marzo, tras presentar el caso en sesión clínica, se confirmó la indicación de laparotomía exploradora, con la realización de histerectomía obstétrica y limpieza profusa de la cavidad. De esa forma, se le realizó una histerectomía total simple, con cierre del defecto vesical a cargo de Urología, drenaje de la colección subhepática y revisión de las asas intestinales, por Cirugía General.

El día 23 de marzo de 2022, dado que la paciente estaba afebril, con buena evolución clínica y analítica, se consideró que el foco estaba controlado con la histerectomía y se planteó el alta a domicilio con antibioterapia oral.

Entre tanto, la paciente había sido derivada por el Servicio de Neonatología/Ginecología-Obstetricia a Psicología Clínica Familiar, por duelo perinatal.

Durante la hospitalización presentó una reacción de duelo inmediato, con sintomatología ansioso-depresiva y síntomas de estrés agudo. Desde entonces estos síntomas fluctuaron, no desapareciendo en ningún momento, con diagnóstico de estrés postraumático con crisis de ansiedad y episodio depresivo.

La paciente mantuvo tratamiento psicológico, sometiéndose a sesiones con frecuencia quincenal-mensuales y tratamiento farmacológico de Lorazepam 2mg, con pauta 1-0-1.

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

Consta que, con fecha 31 de octubre de 2022, se dio traslado del inicio del expediente a los reclamantes, con indicación de la normativa aplicable y del sentido desestimatorio del eventual silencio.

Igualmente, con fecha 2 de noviembre de 2022, se comunicó la tramitación del procedimiento al centro concertado con la sanidad madrileña, Hospital Universitario de Torrejón, cuya asistencia resulta cuestionada, facilitando así su personación en el expediente administrativo. Además, se les indicaba la necesidad de aclarar si la atención fue o no prestada a través del concierto con la Consejería de Sanidad y con cargo a la sanidad pública; debiendo incorporar la historia clínica y el informe del servicio o servicios afectados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC- folios 275 al 278-.

El día 22 de junio, el reclamante aportó copia del libro de familia, que acredita que es el esposo de la reclamante y padre de la recién nacida que falleció.

A continuación, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica que documenta la asistencia analizada del Hospital Universitario de Torrejón, comprensiva del seguimiento del embarazo, de los registros de la atención al parto, con inclusión de los evolutivos de Enfermería, así como de las asistencias médicas a la recién nacida y a la madre.

También consta un informe de la jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital, de fecha 16 de noviembre de 2022- folios 411 al 419-.

En dicho informe se abordan diferentes cuestiones. A saber.

Sobre la indicación de la vía del parto, se explica que, considerando la edad de la gestante, con un antecedente de cesárea electiva, realizada hacía más de 18 meses y siguiendo las guías en la materia de las principales sociedades científicas, debían informar a la madre la posibilidad de elegir entre un parto vaginal u otra cesárea. Se indica que, además, en este caso, se informó cumplidamente a la paciente de las circunstancias y riesgos de una y otra opción, en consulta de 1 de febrero de 2022 y que también lo hizo la matrona el día 16 de febrero de 2022, además de así constar en el documento de consentimiento informado.

De otra parte, se añade que, la cicatriz uterina fue valorada por ecografía, sin presentar itsmocele y la placenta en todas las ecografías, sin encontrar acretismo o signos de otras posibles complicaciones.

Sobre la dilatación se indica que progresó adecuadamente, con controles periódicos, anestesia epidural, a elección de la paciente y esperando la ruptura espontánea de la bolsa, por decisión materna.

En cuanto al expulsivo, se indica: *“Durante toda la noche y desde su ingreso, la gestante ha tenido 7 controles presenciales con valoraciones cada dos horas aproximadamente, acorde a protocolo y la evolución del parto ha sido correcta, con dinámica espontánea. No ha presentado signos de alarma -desaceleraciones, sangrado, dolor intenso, mareo, ansiedad, ...) que sugiera una complicación obstétrica. Al alcanzar la dilatación completa el equipo valora de nuevo si seguir adelante con el expulsivo y se considera que no hay signos de alarma y se puede intentar parto vaginal.*

Se deja a la paciente en descenso pasivo -sin pujos- durante 2 horas, acorde a nuestro protocolo y a las recomendaciones de las guías clínicas. Hasta ese momento no ha necesitado oxitocina y el parto ha progresado adecuadamente”.

A las 09:30h, tras dos horas de descenso pasivo, se comenzó con los pujos dirigidos.

El informe mantiene que el registro cardiotocográfico fue normal en todo momento y que, no obstante, a las 11:30h, se avisó a ginecólogo de guardia por no descenso de la presentación, agotamiento materno y -sólo en ese momento- un RCTG anormal, mostrando desaceleraciones profundas y pérdida de foco.

El informe recoge las anotaciones de la matrona, en relación con el intento de la instrumentalización con ventosa y la aplicación final de fórceps, produciéndose el alumbramiento a las 11:40: *“Se intenta ventosa tipo Kiwi que derrapa por caput y se realiza fórceps sin incidencias. A la salida de la cabeza fetal se produce salida de un gran*

coágulo y sangre oscura y se sospecha DPPNI -desprendimiento prematuro de placenta-”.

El informe añade que *“la ginecóloga que atendió el parto es una ginecóloga experta, que maneja bien todos los instrumentos obstétricos y que, por eso, cuando encuentra un caso de riesgo de sospecha de bienestar agudo, con el feto que baja de III a IV plano en un solo pujo, por lo que la forma más rápida de extracción es una ventosa tipo Kiwi, que es la que se usa de primera elección en nuestro paritorio. Presenta complicaciones por derrape de ventosa y utiliza un segundo instrumento obstétrico, el fórceps y consigue la extracción fetal en 10 minutos.*

La indicación instrumental ante riesgo de pérdida de bienestar fetal y la posición fetal es clara a favor de la extracción vía vaginal, puesto que es la más rápida y la que menos complicaciones presenta en un feto ya encajado”.

En cuanto a la decisión de no efectuar una cesárea en un momento anterior, el informe determina que, no se presentó ningún signo de alarma durante la dilatación, que fue estrechamente controlada por el equipo obstétrico y afirma que: *“no hay un periodo claramente definido de horas de expulsivo, pero las guías clínicas internacionales (FIGO, NICE, ACOG), así como el propio Ministerio de Sanidad, hablan de 3 horas para la segunda etapa del trabajo activo”.* A partir de tal premisa, no se considera que se excedieran en la duración del trabajo de parto, indicando que *“era un feto con buena reserva y con signos de bienestar fetal”,* además de que, *“cuando hubo algún signo de alarma se decidió la finalización del parto por la vía más rápida”* y que *“hacer un Ph también hubiera demorado el tiempo. La paciente tuvo siempre dinámica regular bien registrada, por lo que no había indicación de captor interno, que aumenta el riesgo de infección fetal”.*

En cuanto a los cuidados de la madre, se indica que *“la ginecóloga realizó una extracción manual de la placenta y revisó cavidad uterina de forma interna sin encontrar desgarro, por lo que su diagnóstico fue de ‘abruptito parcial’ de la placenta”* y añade que, *“tras la contracción intensa uterina posterior a la cesárea, no siempre es posible detectar, incluso con la exploración interna, al presencia de una dehiscencia uterina”*, recalcando que no había sangrado patológico, ni cuadro de hipotensión, que hicieran pensar en algo diferente a la abruptito parcial de la placenta.

Sobre el traslado, se insiste en la reagrupación de madre e hijo y en la mayor capacitación del Hospital Clínico San Carlos, para el tratamiento de ambos.

También se ha remitido la historia clínica referida a las asistencias prestadas a la madre y a la recién nacida en el Hospital Clínico San Carlos, donde ambas fueron remitidas, tras el alumbramiento.

Además, a requerimiento de la Inspección Sanitaria, se han adicionado los informes preceptivos del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Torrejón y los del Hospital Clínico San Carlos.

El informe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Torrejón, de 8 de agosto de 2023- folio 628 y 629-, señala que la nacida, lo fue tras un parto instrumentado con fórceps, por distocia de descenso y sospecha de pérdida de bienestar fetal y que, al momento del nacimiento, no presentó esfuerzo respiratorio y mostró hipotonía generalizada, por lo que fue trasladada inmediatamente a cuna de reanimación, donde se la estimulo, secó y, al comprobar la existencia de una frecuencia cardiaca de entre 60 y 100 lpm, se inició ventilación mediante mascarilla y tubo T, aumentando a los 60 segundos el flujo

de aporte de oxígeno hasta el 100%, practicando intubación orotraqueal a los 90 segundos de vida, para asegurar la vía aérea.

Añade que, durante los 8 primeros minutos de vida no se consiguió captar la saturación de oxígeno con la pulsimetría trascutánea, por la hipotonía generalizada -condición neurológica de la recién nacida-, iniciando hipotermia pasiva, ante la posibilidad de que presentara una encefalopatía hipóxico- isquémica y añade que, a los 9 minutos se consiguió una saturación del 67%, con traslado a Neonatología, sin incidencias.

A su llegada a dicho área se conectó a ventilación mecánica convencional, de modo asistido y controlado, se cateterizó la vena umbilical, se realizó una radiografía de tórax y abdomen, con buen patrón de aireación, ausencia de aire ectópico y normoposición del tubo orotraqueal. También se solicitó el control del equilibrio ácido venoso, con resultado indetectable y una analítica por sospecha de asfixia perinatal y, ante estos hallazgos y con posición de libro abierto del neonato, se mantuvo la hipotermia pasiva y se contactó con el hospital terciario de referencia para realizar el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, para hipotermia activa.

Se ofrecen otros datos que manifiestan que, durante los primeros momentos, con la atención a la nacida en el Hospital Universitario de Torrejón, se observó una pequeña mejoría en los valores del pH. o de la saturación, aunque persistía una marcada tendencia a la hiperglucemia, añadiendo antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima, por la presencia de factores de riesgo infeccioso: bolsa rota más de 2 horas, fiebre materna intraparto y líquido amniótico meconial.

Finalmente, se indica que, a las 2 horas y media del nacimiento, se realizó el traslado al Hospital Universitario Clínico San Carlos de la nacida, conectada a ventilación mecánica, con una frecuencia

cardíaca de 141 lpm, saturación de 97% y una adecuada dinámica respiratoria.

Por su parte, el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos, de 3 de agosto de 2023, que obra en los folios 633 y 634 y destaca que la puntuación de Apgar fue de 1,3,3, a los 1,5 y 10 minutos de vida respectivamente, con un pH. de cordón del 6,51, todo ello compatible con asfixia grave.

Añade que, tras una estabilización inicial y, a partir del inicio de hipotermia pasiva que se había efectuado en su hospital de origen, se contactó con el centro informante y que, a la llegada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se constó una exploración neurológica compatible con encefalopatía hipóxico- isquémica grave, por lo que se instauró hipotermia terapéutica.

En las siguientes horas aparecieron convulsiones, que fueron controladas con medicación y, además del cuadro neurológico, se manifestaron datos que evidenciaban disfunción de otros órganos, en relación con la asfixia al nacimiento, tales como una afectación circulatoria, que precisó aporte cardiovascular, alteración de la coagulación tratada con transfusión de hemoderivados, afectación renal y hepática; así como un síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética, que se trató con restitución de líquidos y diuréticos.

Desde el punto de vista neurológico, además de la situación de coma, en la monitorización en UCIN y en las pruebas complementarias realizadas se confirmaron datos de afectación neurológica profunda, con alteración grave del electroencefalograma, del flujo cerebral y evidencia de lesión difusa y grave en la resonancia magnética cerebral.

El informe indica que, durante las 72 horas de hipotermia terapéutica, aunque sí se objetivó mejoría de la disfunción multiorgánica, no se objetivó evolución neurológica, mostrando datos de un pronóstico neurológico infausto, motivo por el cual, en conjunción con los padres, se reorientaron los cuidados, produciéndose finalmente el fallecimiento de la recién nacida.

En virtud de un nuevo requerimiento de la Inspección Sanitaria, se interesó la incorporación al procedimiento del protocolo de Hospital Universitario de Torrejón del “Parto tras cesárea anterior”; el documento de consentimiento informado firmado para el parto vaginal; las guías clínicas internacionales (FIGO, NICE, ACOG) y la del Ministerio de Sanidad y el “Protocolo de cuidados tras parto”, que se encuentre vigente- folio 711-.

Constan incorporados al procedimiento, tales protocolos y documentos de consenso- folios 714 al 1033-.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social se expone que, la duración normal del período expulsivo total contabilizando la fase activa y pasiva es de cuatro horas para nulíparas con anestesia epidural, hasta tres horas en nulíparas sin anestesia y multíparas con anestesia y hasta dos horas en multíparas sin anestesia. No obstante, se indica que, la decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.

Junto con esa documentación se adjuntó un nuevo informe, de fecha 2 de febrero de 2023, suscrito por la responsable del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón, efectuando determinadas aclaraciones. A saber:

Sobre el documento de consentimiento informado para el parto vaginal, tras cesárea previa, se aporta copia firmado por la reclamante el día 2 de febrero de 2022. En el mismo se indica: “1. Después de una cesárea, el parto vaginal tiene éxito en un 72-75% de los casos, principalmente en aquellos en los que no se repite la causa de la cesárea anterior. En caso de tener un parto vaginal previo, el éxito del parto tras cesárea puede llegar al 90%.

2. En el caso de una cesárea previa, debido a la cicatriz del útero, existe el riesgo de una dehiscencia y/o rotura uterina debido a la presencia de un tejido cicatricial. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100.

3. En caso de rotura uterina pueden producirse complicaciones como hemorragias que precisen transfusión de sangre urgente, infecciones o lesiones vesicales o de otros órganos pélvicos. Más infrecuente es la necesidad de histerectomía debida a la rotura uterina. En caso de rotura uterina existe un riesgo de 1/10000 de complicaciones graves para el neonato.

4. Anestesia: El tipo de anestesia si fuera necesaria médicamente o en caso de administrarse anestesia epidural será valorada por el equipo de anestesia, habiendo sido informada que la analgesia no epidural puede enmascarar los síntomas de rotura uterina.

5. En caso de tener dos cesáreas anteriores, la tasa de éxito del parto vaginal se estima en un 70%, con un ligero aumento del riesgo de rotura uterina (1,3-2%).

Dicho informe precisa que: “...no existe en sí obligación legal de recabar el consentimiento por escrito para un parto vaginal. Lo que sí que existe, cuando existe una cesaría anterior, es la obligación de dar la

información a la paciente sobre los posibles riesgos de un parto vaginal con dicho antecedente.

Esto es así, puesto que no es posible denegar el consentimiento ante un evento inevitable como lo es el parto. Otra cosa distinta, es la necesidad de que exista un consentimiento de cesárea, en caso de que la paciente rehusé el parto vaginal.

Aclarado este punto, indicar que a la paciente en todo momento se le dio información completa y detallada respecto a los riesgos del parto vaginal, tal y como consta en las múltiples anotaciones a lo largo de la historia clínica.

Además de lo anterior, para garantizar que se dota de esa información, el hospital tiene diseñado un modelo de consentimiento en el que se recoge toda la información que es necesaria conocer por las pacientes en los casos de parto vaginal con cesárea anterior.

Como puede comprobarse en las notas que aparece en nuestra historia clínica y que transcribimos a través de un pantallazo a continuación, el consentimiento no sólo se imprimió, sino que como consta, se entregó y se informó a la paciente.

Cuando se emite cualquier Consentimiento Informado- CI- desde nuestra historia clínica en la aplicación 'Florence', siempre queda registrado esa emisión del CI con fecha y hora. Aquí se adjunta la evidencia donde se constata que el mismo fue impreso en la consulta de fecha de 1 de febrero de 2022".

A continuación, consta en el procedimiento un amplio informe, de fecha 16 de febrero de 2024, emitido por la Inspección Sanitaria. En el mismo, tras analizar la historia clínica y los informes de los servicios involucrados en la asistencia cuestionada, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, -folios 1.034 al 1.049-, concluyó

que “en el caso de la recién nacida y tras valorar los informes, bibliografía y el RCTG, durante el ingreso y el periodo expulsivo, considero que hubo un periodo de tiempo excesivamente largo entre el momento en que aparecieron los signos de alarma en el RCTG y el nacimiento, durante este tiempo la niña padeció hipoxia cerebral que desencadenó la encefalopatía.

En el caso de la madre tras valorar los informes, considero que la actuación del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Torrejón fue en todo momento correcta y adecuada, en el curso clínico de la paciente”.

Seguidamente y, solicitud del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, se ha incorporado al procedimiento un informe médico pericial suscrito por un licenciado en medicina y cirugía y experto en valoración del daño corporal, que analiza la reclamación y efectúa la valoración del daño corporal reclamado.

El referido informe comparte el análisis del informe de la Inspección Sanitaria en lo que hace a la recién nacida y, de igual forma que en aquel, establece que hubo un periodo de tiempo excesivamente largo entre el momento en que aparecieron los signos de alarma en el RCTG y el nacimiento y que, durante este tiempo la niña padeció hipoxia cerebral que desencadenó la encefalopatía, causante de su fallecimiento.

Además, el informe argumenta que también los daños reclamados por causa de la asistencia dispensada a la madre merecen ser indemnizados, por cuanto “considera que durante el alumbramiento se produjo una mala praxis por parte del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Torrejón. En este punto se indica que, se ha puesto de manifiesto que la paciente estuvo dos horas en trabajo de parto pasivo y otras dos en trabajo de parto activo, sobrepasando

estas cuatro horas totales el tiempo recomendado por las Guías de Asistencia al parto normal, más aún con el antecedente de cesárea anterior, situación en la que se indica no sobrepasar las tres horas”.

A este respecto, el perito explica que la probabilidad de rotura uterina está relacionada con la duración total del expulsivo, que en este caso concreto superó lo recomendable, por lo que en base a los criterios de causalidad (exclusión, cronológico, topográfico y de intensidad) puede establecerse un nexo entre esta prolongada duración y la posterior rotura uterina que requirió histerectomía, por lo que el informante considera que los daños motivados por esa causa deben ser indemnizados.

A partir de tales presupuestos, en cuanto a la valoración de los daños, el informe establece que, según el baremo vigente en el momento de ocurrir la lesión – año 2022-, y por aplicación de 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, procedería reconocer a los reclamantes una indemnización total de 295.704,03 €, desglosada en las siguientes partidas:

a) Por el fallecimiento de la recién nacida, se asignan indemnizaciones a los progenitores y al hermano, debidamente representado por sus padres. Conforme a los baremos aplicados les corresponden 77.229,52€ a cada uno de los progenitores – de 36 y 34 años en la fecha del suceso- y 27.864,06€ al hermano, que contaba 3 años de edad en esa fecha.

b) Por las lesiones temporales, de la madre (Tabla 3).

Días de curación totales: 271 días, de los cuales:

- Perjuicio Personal Particular: 170 días

*Muy Grave: 0 días.

*Grave: 20 días correspondientes al ingreso hospitalario desde la fecha de parto el 1 de marzo de 2022 hasta el alta hospitalaria el 23 de marzo de 2022 (23 días), descontando los días habituales de ingreso en caso de parto vaginal sin incidencias estimado en 3 días.

*Moderado: 60 días tras el alta hospitalaria de fecha 23 de marzo de 2022, como tiempo estándar de incapacidad asociado a la histerectomía practicada con fecha 14 de marzo de 2022, según el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del INSS (desde el 24 de marzo de 2022 al 22 de mayo de 2022). Con fecha 6 de septiembre de 2022 se inicia baja laboral por ansiedad, según se aporta con el escrito de reclamación, con una duración estimada de 90 días que serán los valorados, al desconocer la duración total del periodo de incapacidad temporal en la paciente.

- Perjuicio Personal Básico: 101 días. Se han contabilizado desde el 23 de mayo de 2022 hasta la fecha de alta en consultas de Ginecología el 31 de agosto de 2022.

- Perjuicio personal por intervenciones quirúrgicas. (Tabla 3.B):

*Intervención del 9 de marzo de 2022: laparotomía exploradora siguiendo cicatriz de Pfannestiel previa. Rotura uterina con cicatriz de cesárea previa abierta, realizándose sutura. Grupo III.

*Intervención del 14 de marzo de 2022: histerectomía total. Grupo V.

c) Por secuelas definitivas. (Tabla 2.A.1: Baremo médico): 95.686,78€.

* Secuelas anátomo-funcionales:

-Pérdida del útero antes de la menopausia... rango 40... puntuación: 40.

-Trastornos neuróticos. Secuelas derivadas del estrés postraumático. Moderado por duelo perinatal. Rango 3-5, puntuación: 3.

Total, secuelas aplicando la fórmula de Balthazar: 43 puntos.

d). Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas. En este informe no se considera aplicable un perjuicio grave al no haber pérdida de ninguna actividad esencial, ni la mayor parte de las específicas, ni una parte relevante de las específicas que correspondería al perjuicio moral moderado, considerándose producida una pérdida de carácter leve, en su tramo medio, al perder la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal, que en este caso serían las relativas al disfrute o placer de tener hijos, ante la pérdida del útero ya valorada en las secuelas. Así se cifra el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida en 8.776,08€.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes, a través de su letrada, el día 17 de abril de 2024.

Consta en el expediente que el 10 de mayo de 2024, los reclamantes efectuaron su escrito de alegaciones finales, reiterándose en sus consideraciones y peticiones y adjuntando la transcripción de cierta reunión mantenida con la ginecóloga, que fue grabada con su consentimiento, destacando las divergencias entre algunas de sus manifestaciones y el informe emitido en el procedimiento, principalmente en cuanto a la presencia de los registros patológicos y desaceleraciones, que comenzaron a registrarse en torno a las 11.00h del día del alumbramiento.

También se concedió el trámite de audiencia y alegaciones finales al centro concertado, el día 16 de abril de 2024, sin que consten efectuadas alegaciones finales.

Finalmente, el 8 de agosto 2024, se formuló propuesta de resolución en la que se estima parcialmente la reclamación, al entender que la asistencia sanitaria dispensada fue disconforme a la *lex artis*, reconociendo una indemnización de 295.704,03€, pendiente de actualizar, de acuerdo con el artículo 34.3 de la LPAC.

CUARTO.- El 24 de junio de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 433/24 a la letrada vocal Dña. Carmen cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 18 de julio de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€ y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo

dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto son los padres y el hermano de la menor fallecida, siendo su fallecimiento un daño moral exonerado de prueba. Además, las pretendidas deficiencias en el proceso asistencial durante el embarazo y los daños por la histerectomía, por los que también se reclama, habrían afectado en primer término a la gestante, reconociéndose únicamente legitimación a la misma por tales daños.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario de Torrejón, centro concertado con la sanidad madrileña, reiterándose por esta comisión, en línea con los pronunciamientos judiciales que, sin perjuicio de la posibilidad de repetir, la administración responde por la actividad de sus contratistas o prestadores concertados, como es el caso.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la

indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, producido el fallecimiento de la hija de los reclamantes el día 4 de marzo de 2022 y la reclamación se formuló el 18 de octubre del mismo año, por lo que está claramente formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se recabó el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología y del Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Universitario de Torrejón, implicados en el proceso asistencial de la reclamante y de la neonata fallecida. También han emitido informes los servicios actuantes del Hospital Clínico San Carlos, la Inspección Sanitaria y un perito médico de la aseguradora del SERMAS. Posteriormente se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia a los reclamantes y al centro concertado. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

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

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

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es

exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

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

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

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

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

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que “no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la *lex artis*, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

CUARTA.- En el presente caso, como hemos visto en los antecedentes, se reprocha un defectuoso desarrollo del parto de la reclamante, con mención explícita a su excesiva duración. Tales irregularidades se consideran motivadoras del fallecimiento de la recién nacida, que sufrió asfixia perinatal y, también causaron la rotura del útero de la madre que, además, al ser detectado de forma tardía, desembocó en la necesidad de practicarle una histerectomía.

Expuestos los términos de la reclamación, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

En el presente caso, además de los datos de la historia clínica, el procedimiento que analizamos cuenta con la incorporación de varios informes médicos, emitidos por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología; además del de la Inspección Sanitaria y otro más, a cargo de la aseguradora del SERMAS, resultando algunos de ellos parcialmente divergentes.

Destacamos de entre todos ellos, por su carácter más general e integrador, los informes de la Inspección Sanitaria y el del perito médico de la aseguradora del SERMAS.

Comenzando por sus similitudes, observamos que ambos coinciden en establecer que durante el periodo expulsivo, se observaron alteraciones con desaceleraciones continuas en el RCTG a partir de las 11:06 minutos del día 1 de marzo de 2022, que no se abordaron con la urgencia requerida, pues no se informó al ginecólogo de guardia hasta las 11:30 h, debiendo adoptar entonces medidas instrumentales para finalizar el parto, que no se concretaron hasta las 11:40 h, cuando nació la niña, en situación de asfixia perinatal, ya sin esfuerzo respiratorio, ni tono muscular.

Destacan ambos informes que, ante un patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadora, siguiendo las previsiones de los protocolos de la SEGO, la conducta inmediata incluye el inicio o mantenimiento de la monitorización electrónica continua y la identificación y el tratamiento de las posibles causas, reversibles, motivadoras de la situación, adoptando por ejemplo medidas destinadas a aumentar el aporte de oxígeno a la madre, efectuar cambios posturales, aumentar del volumen intravascular, cesar de trasfundir oxitocina, efectuar un tratamiento tocolítico o la amniotomía e incluso, en caso de manifestarse un patrón de frecuencia cardíaca “ominoso” finalizar el parto, con toda urgencia.

No se adoptaron tales medidas en este caso a las 11:06 h, ni seguidamente, durante un espacio de tiempo que se prolongó más de media hora; sin que -entre tanto- siquiera se avisara al ginecólogo de guardia, no se comprobara el dato del Ph fetal, argumentándose que el electrodo en la calota del feto podría causar infecciones y daños mayores.

Por todo ello parece claro que concurrió el retraso indicado y que ello determinó una hipoxia isquémica que desencadenó una encefalopatía y un fallo multiorgánico en la recién nacida, de modo que, a pesar de todos los tratamientos, se produjo un fatal desenlace con el fallecimiento de la pequeña, el día 4 de marzo de 2022.

En cuanto a los daños de la madre -la histerectomía-, hay discrepancias entre los informes de la Inspección y el del perito de la aseguradora del SERMAS, considerando el primero que ese era un riesgo incluido en el documento de consentimiento informado para el parto con cesárea previa y el segundo que, ese daño resultó también ser una consecuencia de la excesiva duración del parto, aludiendo a la superación de las tres horas de la fase del expulsivo.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que “las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a 24/30 los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, “es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

Contrastando ambos informes, podemos afirmar que, con independencia de si en la situación de un parto vaginal con cesárea anterior, el expulsivo debe exceder o no de las 3 horas -que parece ser el motivo de la discrepancia técnica fundamental entre los informes analizados-; parece lógico entender que, una duración del referido periodo expulsivo de más de 4 horas, situación que queda acreditada que se produjo en este caso- entre las 07:30 h y las 11:40 h, del día 1 de marzo de 2022- resulta superior a la recomendada por las sociedades científicas, en cualquiera de los supuestos que analiza y que, en este caso resultó determinante de la rotura del útero de la reclamante que, había estado previamente sometido a una cesárea y, por eso, ya contaba con una cicatriz que podría romperse.

De ese modo, venimos a acoger el criterio del perito médico de la aseguradora del SERMAS, que asocia causalmente la rotura del útero de la reclamante y sus complicaciones posteriores a la excesiva duración del periodo expulsivo y no la considera exculpada por venirse recogiendo entre los riesgos del documento de consentimiento informado, que sólo excluiría su antijuridicidad, si el expulsivo se hubiera desarrollado en los parámetros temporales de la normalidad.

De todo lo expuesto se desprende, a juicio de esta Comisión y apreciando todos los datos e informes que obran en el expediente de acuerdo con las reglas de la sana crítica, que la asistencia dispensada a la gestante no fue acorde con la *lex artis*, habiendo dado como resultado el fallecimiento de la recién nacida y la histerectomía de la madre, por lo que procede reconocer una indemnización de todos los daños padecidos.

QUINTA.- En cuanto a la concreta valoración de los daños, constan cumplidas explicaciones técnicas en el informe sobre valoración del daño incorporado al procedimiento, que justifica cada una de las partidas admitidas, en cuanto a su estimación y cuantía,

en aplicación de los parámetros de 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, que se viene aplicando analógicamente en estos casos.

Por lo demás, esta Comisión Jurídica Asesora considera que la histeroscopia que hubo de practicarse, produjo un daño personal que debe circunscribirse a la reclamante, por ser la directamente afectada en su integridad corporal y en su capacidad reproductiva. En este sentido cabe recordar la doctrina mantenida por el Tribunal Constitucional, así su Sentencia 66/2022, de 2 de junio (rec.6313/2019) en la que se señala que: *“Todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1 CE), así como a su derecho a la integridad física (art. 15 CE). (STC 143/1994, de 9 de mayo, FJ 6)» (STC 93/2013, de 23 de abril, FJ 9)”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al apreciarse la necesaria relación de causalidad entre el daño y la actuación de los servicios públicos sanitarios, y la antijuridicidad de los daños, en la cantidad total de 295.704,03€, que habrá de ser actualizada según lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

Madrid, a 18 de julio de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 463/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid