

Dictamen nº: **70/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.02.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de febrero de 2021 emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación patrimonial formulada por D. ...., por la que considera deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Torrejón a su esposa Dña. ...., al entender que su fallecimiento tras el parto se produjo por infravalorar los síntomas que presentaba, produciéndose un retraso en el diagnóstico de la preeclampsia que padecía.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado con fecha 4 de julio de 2018 en el Registro General del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz, el reclamante -asistido de letrado, del que señala su domicilio a efectos de notificaciones-, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la administración sanitaria madrileña, por considerar deficiente la asistencia dispensada a su esposa en el Hospital Universitario de Torrejón.

La reclamación repasa las atenciones médicas que se fueron dispensando a la esposa del reclamante, desde la fecha del 3 de noviembre de 2016, cuando acudió a las Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, en adelante HUT, por los primeros síntomas y molestias derivadas del comienzo de su embarazo.

Señala que, efectuadas las correspondientes pruebas médicas por su situación de embarazo, a consecuencia de una analítica, el 21 de noviembre de 2016, se comprueba que la paciente había sufrido un engrosamiento de tiroides, determinando el seguimiento en Endocrinología del HUT y que el 23 de diciembre de 2016, se le diagnosticó “*hipertiroidismo transitorio*” durante el embarazo, no precisando de tratamiento, aunque solicitando analítica.

El día 7 de diciembre de 2016, acudió a su cita en Obstetricia, donde se realizó una ecografía de alta resolución, además de las pruebas típicas de esa fase de gestación, reflejándose una tensión arterial elevada (123/86), para ese momento del embarazo.

Se indica que los días 27 de diciembre de 2016 y el 13 de enero de 2017 también acudieron a Urgencias del hospital por motivos diferentes y que sólo en la segunda ocasión se le tomó la tensión.

Explica que durante los meses de febrero y marzo de 2017 se le realizaron las pruebas correspondientes al seguimiento de su embarazo y el 31 de marzo de 2017, su médico de cabecera le recetó un preparado oral de hierro. Que el día 12 de mayo de 2017, acudió a consulta de Obstetricia, a la revisión de las 35 semanas y en la comprobación de la tensión arterial, al observarse las medidas de 126/89, se le indicó que se controlara la tensión arterial dos veces en semana, apuntándolas y si superase 14/90 dos veces consecutivas, separadas por 30 minutos, acudiera a Urgencias.

Los días 16, 23 y 25 de mayo la paciente acudió al centro de salud para comprobar su tensión, observándose valores elevados (120/80), aunque indica el reclamante que en ningún momento se le habló de preeclampsia, ni se le realizó prueba alguna para su diagnóstico. En igual sentido, la reclamación afirma que el 29 de mayo de 2017, en la última revisión de la gestante en el Servicio de Obstetricia, se comprobó que continuaba con la presión arterial alta (129/82), aunque no se adoptó ninguna medida para analizar la posibilidad de que padeciera preeclampsia.

Continúa la reclamación explicando que el día 13 de junio de 2017, las 15:00 horas, estando la afectada en su 38 semana de gestación, acudió a Urgencias del HUT por una coxalgia mecánica en relación con el embarazo. En la exploración se anotó que la presión arterial era elevada (TAS 140, TAD 90), aunque no se adoptó medida alguna en relación con ese asunto, recibiendo el alta a las 16:57 horas del mismo día. Tres días después, persistiendo el dolor irradiado a la pierna, volvió al hospital y aunque constase en el triaje, a las 07:59 horas, una presión arterial normal (TAS 115-TAD 70), se critica que no se volviera a controlar la tensión ni a hablar de la preeclampsia, aunque la paciente abandonó el hospital por su cuenta y riesgo, lo que se justifica por el reclamante diciendo: *“Dña...., a las 10:40 horas, se marcha del centro sanitario ya que lo único que han hecho con ella, ha sido dejarla en un sillón en observación desde su llegada al centro hospitalario. El dolor que sufre en la pierna derecha es insoportable, y para estar en un sillón se marcha a casa. En ningún momento se habla de preeclampsia, ni se realiza prueba alguna para su diagnóstico, ni se deriva a especialista alguno”*.

La reclamación refiere que el día siguiente, el 17 de junio de 2017, persistiendo el malestar y a los fuertes dolores de espalda y piernas, la paciente volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de

Torrejón. Continúa con la presión arterial alta (TAS 145: TAD 90) y se le diagnosticó lumbago.

El día 19 de junio de 2017, a las 22:40 horas, ya con 40 semanas de gestación, nuevamente acude al HUT y, esta vez, al dolor en la espalda y piernas, se suma una orina colúrica. Se comprueba una tensión de 145/100 y a las 02:38 h. del día 20 de junio de 2017, fue dada de alta en Urgencias, con impresión diagnóstica de ciática aunque, al estar programado el parto para este día, se trasladó a la paciente a la Sección de Ginecología para la inducción del parto. Tras diversas pruebas médicas, se decide de forma urgente provocar el parto firmándose el consentimiento informado a las 02.42 horas, como también el de la anestesia epidural.

Afirma la reclamación que fue en el documento del consentimiento informado para la anestesia donde se reflejó por primera vez, que la paciente padecía preeclampsia.

El mismo día, el 20 de junio de 2017, a las 13:26 minutos, nació el hijo de la paciente y, una vez nacido el niño, la madre pasó directamente al Servicio de Medicina Intensiva, empeorando progresivamente su estado de salud hasta que el día 8 de julio de 2017 falleció.

La reclamación señala que, como el día 3 de junio de 2017, en el informe de laboratorio, se diagnosticó que la paciente era portadora de una bacteria denominada "*Escherichia coli*" productora de "carbapenemasas", se la aisló de todo contacto, apuntando la posibilidad de que ese contagio se produjera durante el ingreso, aunque sin concretar este asunto como motivador de algún extremo de su reclamación.

Como conclusión, la reclamación considera que el fallecimiento se produjo por infravalorar los síntomas que presentaba la paciente y no

realizarle las oportunas pruebas diagnósticas, produciéndose así un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia que padecía la gestante, que le ocasionó un síndrome de distrés respiratorio del adulto en relación al síndrome de HELLP, motivando su fallecimiento.

Por todo ello, el reclamante solicita una indemnización de daños y perjuicios para sí mismo y para su hija menor de edad, de 268.481,97 €, según el baremo previsto para accidentes de tráfico de 2017.

Junto con el escrito de reclamación se aporta copia del libro de familia y diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan de interés las siguientes anotaciones practicadas en la historia clínica de la reclamante:

La paciente, de 31 años de edad en el momento de los hechos y de procedencia nigeriana, residía en la localidad de Ajalvir, junto con su esposo. Constan sus antecedentes médicos en España desde el 30 de abril de 2012, correspondientes al área de medicina de familia-Atención Primaria. Además, la historia de Atención Primaria, indica expresamente que la paciente tenía una barrera idiomática importante.

El día 3 de noviembre de 2016 la paciente acudió a Urgencias del HTU, para confirmar su estado de gestación, aunque la asistencia no se pudo completar porque, según consta, salió de la consulta para hablar con su marido por teléfono y se ausentó sorpresivamente del hospital.

El día 9 de noviembre de 2016, en su Centro de Salud se le hizo una prueba de embarazo que resultó positiva, dejándose constancia de la fecha de 10 de septiembre, como fecha de la última regla y de 17 de junio de 2017 como fecha probable de parto.

Adicionalmente, al constatarse el 21 de noviembre de 2016, una alteración tiroidea de la paciente, se le programó seguimiento en el Servicio de Endocrinología en el HUT y el 23 de diciembre de 2016, se le diagnosticó “*hipertiroidismo transitorio*” durante la gestación, no precisando tratamiento, aunque efectuándose analítica de control de los marcadores correspondientes.

El día 13 de enero de 2017 acudió a Urgencias con un dolor hipogástrico sin fiebre ni síndrome miccional desde hacía una semana. Fue valorada inicialmente por el área de Ginecología del Servicio de Urgencias y descartados problemas relacionados con la gestación, fue derivada a las Urgencias generales, por asociar clínica compatible con el diagnóstico de presunción de nasofaringitis aguda o catarro de vías altas. Desde el punto de vista ginecológico no se apreció patología asociada a la hipertensión arterial.

Durante los meses de febrero y marzo de 2017 se le realizaron las pruebas correspondientes al seguimiento de su embarazo, constan las ecografías de las semanas 12 y 20 y las correspondientes pruebas analíticas, así como las prescripciones farmacológicas correspondientes. El día 12 de mayo de 2017, acudió a consulta de obstetricia, a la revisión de las 35 semanas y en la comprobación de la tensión arterial, al observarse las medidas de 126/89, se le indicó que se controlara la tensión arterial dos veces en semana, apuntándolas y si superase 14/90 dos veces consecutivas, separadas por 30 minutos, acudiera a Urgencias.

Los días 16, 23 y 25 de mayo, se efectuaron registros de la tensión arterial de la paciente, en su Centro de Salud, reflejándose las siguientes medidas tensionales 124/88, 120/75 y 120/80 y, aunque todavía no se diagnosticó la preeclampsia, en la historia del centro de Salud, aparecen los tres apuntes, agrupados en la categoría “*tensión arterial elevada*”.

Continuó el seguimiento de su embarazo hasta el mes de junio de 2017, efectuándose las pruebas diagnósticas correspondientes al desarrollo gestacional y a los correspondientes protocolos de seguimiento de la gestación en la sanidad madrileña. No obstante, en diversos momentos de la historia clínica se hace constar que la paciente no acudió a alguna de las citas de control programadas, o a recoger ciertos resultados y/o analíticas, debiendo duplicarse las pruebas.

El 13 de junio de 2017 acudió a Urgencias por presentar un dolor en miembro inferior izquierdo, refiriéndolo la paciente como un dolor mecánico (relacionado con ciertos movimientos) de 24-48 horas de evolución sin traumatismo ni fiebre asociada y dado que en la exploración se aprecia que el dolor se reproduce con determinados movimientos (flexión de la cadera y rotaciones) y que no tenía dolor a la palpación lumbar y que presentaba presencia de pulsos pedios (PP+) que descartaba afectación aórtica, el juicio diagnóstico fue de coxalgia mecánica, en relación con el embarazo. La tensión arterial en ese momento era de 140/90, encontrándose en el límite de los parámetros que se le indicaron previamente, como de riesgo en su situación.

El 16 de junio de 2017 acudió de nuevo al hospital por presentar dolor en los miembros inferiores. Se destaca el empeoramiento al deambular, lo que sugirió afectación lumbar, desde el punto de vista mecánico. Se decidió dejar en observación a la paciente con analgesia y se pautó medicación para el alivio de una patología de componente osteoarticular, con previsión de una reevaluación posterior, aunque la paciente abandonó la sala renunciando a cualquier posible reevaluación o a la modificación del tratamiento.

En consulta del 17 de junio de 2017 la paciente manifestaba una clínica similar a las de los días previos, con dolor lumbar de horas de evolución. Se detecta y refleja expresamente tensión arterial de 145/90

y una frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto, aunque se consideró que la ligera elevación sistólica era debida al dolor.

El 19 de junio de 2017, la paciente presentó de forma asociada a su clínica de dolor en miembros inferiores, orina colúrica y una tensión arterial de 145/100. Al encontrarse la paciente a término, se solicitó valoración a Ginecología y, se propuso adelantar el parto. El consentimiento informado para la inducción al parto refleja la preeclampsia, como riesgo particular de la paciente.

Se produce parto eutócico el día 20 de junio tras 5 h. y 56 minutos de trabajo de parto, durante el que la paciente presentó hipertensión arterial persistente, tendencia a la oliguria, visión borrosa y pérdida de reflejos rotulianos. Dada la situación clínica, tan pronto como se produjo el alumbramiento se solicitó la valoración de la paciente por el servicio de Medicina Intensiva, decidiendo su ingreso inmediato a cargo de la UCI, 15 minutos después de la finalización del parto, que tuvo lugar a las 13:23h.

A las 16:33 h. se materializó el traslado a UCI de la paciente y consta una primera referencia asistencial en ese servicio a las 17 h.

La paciente permaneció en la UCI entre el 21 de junio y el 8 de julio de 2017 y en ese espacio de tiempo desarrolló insuficiencia respiratoria, fallo multiorgánico con coagulopatía (trombopenia grave), disfunción cardiovascular con hipertensión pulmonar significativa, alteración de la biología hepática, hemólisis y anemia secundaria y fallo renal.

Durante su estancia en la UCI, tras una primera mejoría inicial parcial sufre un nuevo deterioro a los 7 días, coincidiendo con fiebre y crecimiento en exudado vaginal de *S. aureus* sensible y *E. coli* multisensible, así como hemoptisis en relación a plaquetopenia. Posteriormente, de nuevo se produjo una discreta mejoría de la

disfunción orgánica, pero el día 6 de julio sufrió un deterioro brusco y, finalmente se produjo el fallecimiento el día 8 de julio de 2017.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por medio de oficio del Instructor, de fecha 17 de julio de 2018, se requiere al Hospital Universitario de Torrejón al objeto de que remita la historia clínica de la paciente y el informe del servicio/s que le prestó asistencia sanitaria, solicitando además que aclaren si la atención fue o no prestada a través del concierto con la Comunidad de Madrid, y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria madrileña. Con la misma fecha se notifica al reclamante la admisión a trámite de procedimiento con indicación de las normas generales de aplicación, así como el plazo y sentido del silencio.

El 31 de julio de 2018, la aseguradora del SERMAS, comunica que la asistencia prestada en el HUT no está cubierta por la correspondiente póliza, en los términos contractualmente estipulados, ya que aunque el hospital donde fue atendida la paciente forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, se trata de una entidad privada concertada con la sanidad madrileña.

Por medio de escrito registrado de entrada en el SERMAS el día 29 de enero de 2019, el HUT se persona en el procedimiento y se remite la historia Clínica de la paciente. Constan en la mismo los correspondientes consentimientos informados para la inducción al parto y para la anestesia epidural y, en este último, se refleja en el punto de los “riesgos personalizados”, la referencia a la preeclampsia.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se aporta para ser incluido en el expediente el informe del jefe de servicio de Urgencias del hospital, de fecha 6 de noviembre de 2018, donde se destaca la circunstancia de que para el diagnóstico de preclamsia es preciso que se superasen los valores tensionales de 14/90 dos veces consecutivas, separadas por 30 minutos, durante el tercer trimestre del embarazo y que, el diagnóstico en tal caso debe confirmarse con la evidencia de proteinuria en orina. No obstante, considera que los indicadores tensionales, en la forma indicada, no se dieron realmente, observándose medidas ocasionalmente elevadas que más bien se asociaron a la denominada “hipertensión de bata blanca”. Adicionalmente, en referencia a las visitas a Urgencias en que no consta que se comprobaran las tensiones, se indica que la tensión no era un elemento relevante en cuadros infecciosos o víricos, como los que se trataron en esas ocasiones, con independencia del estado gestante de la paciente.

También se incorpora informe, sin fecha, suscrito manualmente y de modo conjunto por el jefe del servicio de Medicina Intensiva y el de Ginecología y Obstetricia del hospital, que analizan detenidamente la asistencia prestada durante el ingreso de la paciente que tuvo lugar en el HUT desde el día 20 de junio de 2017, repasando el desarrollo del parto inducido y sus complicaciones posteriores y el ingreso en la UCI, que se produjo desde ese día y hasta el momento en que finalmente se produjo el fallecimiento de la paciente, el 8 de julio.

Destaca de ese informe que, en el encabezamiento, al referir los antecedentes personales de la paciente, se indica expresamente: “No HTA, no DM, no DL”, en referencia a la no presencia en la paciente de hipertensión arterial, ni de diabetes mellitus, ni de hipercolesterolemia.

Y en la explicación subsiguiente, se indica: “Gestación controlada con normalidad en consultas externas de nuestro servicio. Pendiente de

*inducción la parto por gestación prolongada en semana 40-6 (20.06.2016). Ultima consulta el día 29 de mayo, gestante de 37.4 semanas, donde se le entregan las recomendaciones habituales de control tensional del final de la gestación, con cita programada para el 20 de junio, para inducción al parto, si no inicia parto antes”. Adicionalmente, en el apartado de “Enfermedad actual”, este informe señala: “Gestación de 40+ 5 semanas, acude a urgencias el 19 de junio a las 23:59 h. por lumbociatica bilateral con mal control del dolor y por estar previstos el día 20 de junio inducción al parto por cumplir 40+6 semanas. A su llega a urgencias se encuentra hipertensa (TA 145/1009 y a 98 latidos por minuto. Ingreso en Obstetricia desde dónde se indica inducción inmediata al parto por sospecha de preeclampsia grave en gestante a término. Se solicita perfil de preeclampsia, iniciando perfusión de sulfato de magnesio.*

*En analítica presenta insuficiencia renal... La paciente es valorada por anestesia, colocando catéter epidural. Se produce parto eutócico el 20 de junio, a las 13:26h. Nace. La paciente presenta hipertensión persistente, tendencia a la oliguria, visión borrosa en perdida de reflejos rotulianos....Nueva analítica con MG 6.8... Dada la situación clínica se solicita valoración por UCI, decidiendo ingreso inmediato a cargo de UCI”.*

Con fecha de registro del 7 de marzo de 2019, el reclamante presenta escrito en el que indica que quiere conocer el estado de la tramitación del procedimiento y comunica al SERMAS, que el 7 de febrero de ese año ha formulado denuncia penal por los mismos hechos en el Juzgado de guardia de Torrejón de Ardoz, de la que adjunta copia, por lo que debería paralizarse en procedimiento hasta que se dictare la correspondiente resolución judicial.

Constando acuse de recibo de 27 de marzo de 2019, se remite a la reclamante copia de lo actuado en el procedimiento administrativo, atendiendo a lo solicitado por aquel al SERMAS y por resolución del

viceconsejero de Sanidad, de fecha 26 de marzo de 2019, se acuerda la suspensión del procedimiento administrativo, al amparo de las previsiones del artículo 37.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en adelante LRJSP. Esta resolución fue objeto de notificación edictal, mediante publicación en el BOCAM de 29 de abril, ante la imposibilidad de notificación personal que previamente se intentó.

Posteriormente, con fecha 19 de junio de 2019 se efectúa nueva comunicación del reclamante, indicando que se había archivado el procedimiento penal, sin perjuicio de una posible responsabilidad de la Administración, derivada de una posible negligencia médica y solicita la continuación del procedimiento. Se adjuntó Auto nº362/2019 de 15 de marzo de 2019, del Juzgado de Instrucción nº 3 de Torrejón de Ardoz, decretando el sobreseimiento libre y el archivo de la causa.

Mediante resolución del viceconsejero de Sanidad, de 10 de julio de 2019, se acuerda la reanudación del procedimiento y así se notifica al reclamante el día 15 de julio.

Mediante oficio del médico inspector de la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, de fecha 7 de octubre, notificada el 10 de octubre de 2019, se requiere al HUF el complemento de la información proporcionada en los informes de los jefes de los servicios implicados en la asistencia, destacando así sus carencias e imprecisiones y requiriendo dar respuesta a una serie de cuestiones muy precisas. A saber:

*“1º Se precisa disponer los informes de las asistencias recibidas en el servicio de urgencias, en los días previos al parto 13 y 17 de junio aclarando si se tomó la tensión una vez o más, en esas visitas, también determinar si se hizo en estas visitas determinación de proteinuria o no.*

*El 13 de junio, según se dice en el informe del responsable del servicio de urgencias, la tensión estaba en el límite de la normalidad 140/90. Respecto a la asistencia del 17 de junio, según se dice en el informe del responsable del servicio de urgencias la tensión estaba en el límite de la normalidad 145/90.*

*2º.- También se debe aclarar si en la última visita a urgencias el 19 de junio, cuando la tensión estaba claramente elevada 145/100, aclarar si se hizo una determinación de proteinuria o no y en caso de no haberse realizado, los motivos por los que no se hizo. En el informe del responsable de urgencias se dice en la página 6 del archivo 3... “que la tira de orina fue negativa destacando la proteinuria que no se objetivó. No quedando clara esta redacción debe aclararse si no se determinó la proteinuria, que tendría que estar elevada en esta paciente, o si se determinó y fue negativa.*

*3º Respecto a la atención en el servicio de Ginecología, Hemos recibido un informe conjunto del servicio de ginecología y de cuidados intensivos y precisamos un informe individualizado del servicio de ginecología que especifique claramente como fue las medidas excepcionales adoptadas en el caso de esta paciente a la que el 19 de junio a las 23 horas se la recomienda inducción inmediata del parto a las 23 horas, naciendo su hijo al día siguiente a las 13, 26 horas y las causas médicas, que desaconsejaban tomar medidas más drásticas como pudiera ser una cesárea aun sabiendo que la preeclampsia puede continuar su curso tras el parto. La paciente parece que comenzó a dilatar a partir de las 7,30 del día 20, por lo que el parto duro 5, 56 horas -pagina 82 de la historia clínica-, aclarar igualmente qué medida se tomó cuando ese día 3 horas antes de dar a luz se recoge en la página 80 que se tenía reflejos rotulianos disminuidos y visión borrosa...Comenta que tiene apetito. Actitud expectante...*

*También se debe Aclarar por qué ingresa en UCI a las 17 Horas (página 11 del archivo 3) cuando unas páginas antes se dice que tras el parto se decide ingreso inmediato en UCI (página 8 del archivo 3) y se avisa a la UCI a las 14,30 horas, los intensivistas dan instrucciones de actuación en planta a las 15,48 h., página 83 de la historia más adelante se dice que se traslada a las 16,33 a la UCI con disminución del nivel de conciencia y estuporosa.*

*Por todo ello se precisa un análisis pormenorizado de lo ocurrido, hora a hora en el servicio de ginecología de ese hospital y una valoración más detallada de las causas de este fatal desenlace.”*

Sin haber recibido contestación, el 27 de enero de 2020, se emite un primer informe de Inspección que considera que la Atención Primaria en Madrid actuó correctamente en el control del embarazo, pese a que la paciente no acudió a algunas de las visitas programadas o a recoger analíticas que tuvieron que repetirse. Que le hicieron un correcto seguimiento del aumento de TSH -marcador tiroideo- que se le presentó en el momento inicial de la gestación y se le efectuaron las recomendaciones del control tensional, que debería observar con mayor detenimiento un mes antes de dar a luz.

Por el contrario, el Inspector concluye que la actuación del Servicio de Urgencias en el mes de junio, cuando días antes de dar a luz la paciente acude en varias ocasiones -siguiendo la recomendación de ir a Urgencias por sobrepasar la tensión de 140 / 90- no fue la adecuada, pues no asegura que se le efectuara el control de la tensión arterial dos veces diferentes, con el intervalo de tiempo requerido, y tampoco que se le hiciera una determinación sencilla, como es la proteinuria, lo que se considera una “*detección anómala*”. Tampoco considera justificada la decisión de no practicar una cesárea, para acabar un embarazo que podía haber sido resuelto más rápidamente, considerando ya las evidencias de la preeclampsia que padecía la gestante y conociendo que

su evolución a un “*síndrome de hellp*” era difícil de diagnosticar y de evolución tórpida. Por todo ello considera que no se habría respetado la *lex artis* en este caso.

Se adiciona al expediente informe de valoración del daño corporal, requerido a un médico especialista, por el SERMAS. En el mismo se cuantifican los daños indemnizables, de conformidad con las conclusiones de la Inspección y siguiendo los parámetros contenidos en la Ley 35/15 de 22 de septiembre de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y el RD 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, en cantidades actualizadas a 2020. Según los cálculos de este informe, correspondería indemnizar una cantidad total de 270.499€ (157.177, 56 € a la hija de la fallecida y 113.322.18€ a su esposo).

Con fecha de registro de 24 de febrero de 2020, se recibe en el Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS la ampliación de los informes requerida por la Inspección médica. Así, se aporta un nuevo informe del jefe del Servicio de Urgencias del HUT, fechado 7 de enero de 2019, informe de 2 de enero de 2019 de la jefa de servicio de Cuidados Intensivos e informe de la jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia de 4 de enero, que en la antefirma destaca que además de ese puesto en el hospital es presidenta de la Sección de Ecografía de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Por lógica con la fecha del traslado de las cuestiones a que dan respuesta, se considera que las fechas de estos informes, deben entenderse referidas al 2020.

A la luz de esos nuevos informes, el 27 de julio de 2020, se emite informe ampliado de Inspección que, tras considerar las explicaciones adicionalmente vertidas en los informes presentados el 24 de febrero,

mantiene en esencia sus primeras conclusiones, pero amplía sus argumentos, analizando las respuestas contenidas en esos nuevos informes.

El conjunto del expediente se puso a disposición del reclamante para que tomara vista del mismo y formulara las alegaciones finales que tuviera por convenientes, dando así cumplimiento al trámite de audiencia del artículo 82 de la LPAC. Consta el correspondiente acuse de recibo de la diligencia al efecto de la instructora, con fecha de 15 de septiembre de 2020.

Mediante escrito con entrada en registro el 23 de septiembre de 2020, se efectuaron las alegaciones finales del reclamante. En ellas, a la vista del expediente, se consideran acreditados los planteamientos iniciales del escrito de reclamación, señalando que, habría quedado constatada la mala praxis médica en el seguimiento del embarazo de su esposa, que dio lugar a un error de diagnóstico y tratamiento y una subsiguiente pérdida de oportunidad de consecuencias fatales, además de incidir en el retraso en el efectivo ingreso en la UCI de la paciente.

En este momento, además, el reclamante añade la invocación de un pretendido defecto en el derecho a la información de su esposa, ya que indica que la misma siempre pensó que su embarazo no tenía ninguna complicación y se desarrollaba con total normalidad y que, cuando se reflejó la preeclampsia entre los riesgos particulares del consentimiento informado de la anestesia epidural, desconocía completamente que padecía esa patología y el alcance de sus complicaciones.

El día 2 de octubre de 2020, se concedió el trámite de audiencia al Hospital Universitario de Torrejón y, una vez revisado el expediente, se efectuaron sus alegaciones finales, con entrada en el registro del SERMAS el 1 de diciembre del mismo año – folios 720 a 732 -.

En las referidas alegaciones, suscritas por el gerente del HUT, se destaca la circunstancia de que la preeclampsia es una enfermedad con un alto grado de mortalidad, que a veces evoluciona rápida e imprevisiblemente y se indica que eso fue precisamente lo que le ocurrió a esta paciente. Por lo demás, se afirma que el informe de la Inspección tiene un marcado carácter retrospectivo y se insiste en los argumentos médicos desarrollados en los informes de los jefes de los servicios implicados en la asistencia cuestionada, considerando que la misma en todo momento se ajustó a la *lex artis*. Subsidiariamente, se indica que el reconocimiento de una eventual responsabilidad por pérdida de oportunidad no debería valorarse en una cantidad superior al 30% de la cantidad reclamada, ya que la detección anterior de la preeclampsia, en ningún caso hubiera asegurado un desenlace diferente al producido.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de fecha 12 de diciembre de 2020 en el sentido de estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por considerar que concurren en este caso los requisitos preceptivos para ello. La propuesta también establece una indemnización en la cantidad determinada por el informe de valoración del daño incorporado al expediente, de 270.499,74€ -cantidad ya actualizada y por todos los conceptos-, que distribuye asignando al viudo 113.322,18€ y 157.177,56€ a la hija de la fallecida.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de diciembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, 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 9 de febrero de 2021.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

El reclamante sustenta su legitimación activa en la condición de esposo de la persona cuyo fallecimiento constituye el fundamento de la reclamación y- además- actúa en representación de su hija menor de edad, de conformidad con el artículo 162 del Código Civil, en relación con el innegable daño moral que les produce el fallecimiento de su esposa y madre (artículo 32.1 de la LRJSP). Acredita su condición mediante la aportación de copia del Libro de Familia.

Particular referencia exige, no obstante, el análisis de la legitimación para reclamar por el pretendido defecto en la información que sobre su patología se dio a la fallecida, que se incluye en el escrito de alegaciones finales del reclamante. Más allá de la evidencia de que,

en este caso, el consentimiento informado para la anestesia epidural recoge como riesgo particular de la paciente el derivado de la preeclampsia que padecía y que se encuentra debidamente firmado, debemos hacer notar que en este caso no consta que la paciente hubiera efectuado ninguna reclamación o reserva sobre el particular antes de su fallecimiento y que cualquier pretendida lesión de ese derecho tiene la condición de personalísimo, ya que la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución según tiene declarado el Tribunal Constitucional en sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

Como se ha dicho, en el presente supuesto, no consta en el expediente que la paciente -directamente titular del derecho a la información- hubiera formulado reclamación en vida por tales daños, por lo que no resultan transmisibles, como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha de 16 de julio de 2019 -recurso nº 195/2019- al declarar que la acción por daños a bienes personalísimos en principio no se transmite por sucesión hereditaria, pero siempre con la importante salvedad de que la acción ya hubiera sido ejercitada en vida por el causante, caso en el que sí se produce la sucesión procesal.

Es doctrina reiterada de este órgano consultivo que los daños personalísimos, como pueden ser los producidos por defectos del consentimiento informado, que es el documento que refleja el derecho a la información de los pacientes, constituyen un daño moral que, como tal, tiene carácter personalísimo y, por tanto, intransmisible a los herederos, de tal forma que sólo el propio paciente puede reclamar por la vulneración de su autonomía. Esta doctrina se recoge entre otros, en los dictámenes 485/20 de 27 de octubre, 46/16, de 28 de abril,

166/16, de 9 de junio, 141/18, de 22 de marzo y 445/20, de 13 de octubre, siguiendo la doctrina sentada por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (dictámenes 61/13, de 27 de febrero, 96/14, de 5 de marzo, 178/14 y 38/15, por ejemplo) y se viene manteniendo por esta Comisión sin que se ignore que ha habido pronunciamientos judiciales que han variado tal criterio al respecto. Sin embargo este cambio de criterio parece venir sustentado no en el convencimiento alcanzado tras una fundamentación jurídica razonada sino más bien basada en dos sentencias del Tribunal Supremo (STS de 13 de septiembre de 2012, -recurso de casación nº 2019/2009- y STS de 26 de marzo de 2012 -recurso de casación nº 3531/2010-). No obstante, es de hacer notar que tales pronunciamientos no constituyen jurisprudencia consolidada puesto que la primera de estas sentencias del Alto Tribunal, de la jurisdicción civil, resuelve un caso totalmente distinto.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario de Torrejón que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid aun siendo gestionado por una empresa privada.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12<sup>a</sup> de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios

del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, los reclamantes reprochan el tratamiento médico que, según su criterio, acabó determinando el fallecimiento de la paciente el día 8 de julio de 2017 y la reclamación se presentó el 4 de julio de 2018, antes del transcurso de un año, por lo que debemos tener por formulada en plazo la reclamación.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria- en este caso además, el informe se ha ampliado, una vez recibidos los informes ampliatorios reclamados a los jefes de los servicios implicados en el tratamiento de la paciente fallecida-. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, comprensiva de los consentimientos informados correspondiente a las técnicas invasivas practicadas a la misma.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que en uso del citado trámite presentó escrito de alegaciones. Finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

**CUARTA.-** En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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”».*

En el presente caso, el reclamante considera deficiente la asistencia sanitaria dispensada en el control del embarazo de la paciente fallecida, en los términos que han quedado expuestos. Habiéndose producido el fallecimiento de la gestante, tampoco cabe duda del daño moral sufrido por su esposo y su hija, nacida muy pocos días antes del fallecimiento de su madre a consecuencia de la preeclampsia, que se manifestó esencialmente durante el momento del parto y en los pocos días posteriores que sobrevivió, y que le ocasionó un síndrome de distrés respiratorio del adulto en el contexto del síndrome de HELPP, en el que evolucionó la preeclampsia.

Partiendo por tanto de la existencia de un daño, procede analizar los reproches del reclamante, a partir de lo que constituye la 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 se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este punto hemos de recordar que si bien la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial, como ya hemos visto, recae sobre quienes la reclaman según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, dicha carga probatoria se puede modular en virtud del principio de facilidad probatoria, y así, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante y requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad (sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre -recurso no 3071/03- de 2 de noviembre de 2007 -recurso no

9309/03- de 7 de julio de 2008 -recurso no 3800/04-, y de 27 de junio de 2008 -recurso no 3768/04-).

Desde esta perspectiva, en la presente reclamación se deberá valorar si la administración sanitaria efectuó un adecuado control de la hipertensión arterial de la gestante, no siéndole exigible un mayor grado de diligencia que hubiera permitido identificar con antelación la preeclampsia que acabo desencadenado su fallecimiento y, en definitiva si el no haberla detectado con anterioridad al momento mismo del parto, resulta conforme a *lex artis*, a la vista de las circunstancias concretas del caso.

Conviene no obstante señalar que el reclamante no ha aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis de las atenciones cuestionadas, que fueron dispensadas por el Servicio de Urgencias y por el de Obstetricia y Ginecología del HUT, refiriendo el conjunto de su argumentación al repaso de los hechos y, en concreto, a los que reflejan cual fue la dinámica de control de la tensión arterial de su esposa e, infiriendo de los mismos, que tal seguimiento fue insuficiente y no se completó con otras pruebas diagnósticas, que hubieran permitido detectar la preeclampsia.

La veracidad de lo expuesto por el reclamante debe contrastarse con los datos que arroje el contenido de la historia clínica y los que consten en los informes de los servicios que prestaron la asistencia sanitaria cuestionada, a los que resultará en este caso mucho más sencillo establecer la realidad de cómo sucedieron las cosas y, en su caso, explicar la razonabilidad de sus decisiones.

Haciéndose sin duda eco de esa mayor *facilidad probatoria* de la administración, en este caso; la Inspección Sanitaria inquirió específicamente sobre las dudas que se le presentaron a la vista de la historia clínica y de los primeros informes de los responsables de los

servicios implicados en la asistencia, requiriendo informes complementarios de los mismos, en el oficio de fecha 7 de octubre de 2019, en el que se interrogaba sobre cuestiones y datos muy concretos, para valorar el grado de la efectiva diligencia desplegada.

Contestadas esas cuestiones, las respuestas no resultaron satisfactorias a criterio de la Inspección.

En el informe ampliatorio de 7 de enero de 2020, suscrito por el jefe del Servicio de Urgencias, se justifican todas las asistencias de la paciente en ese servicio, indicando que en la asistencia del día 13 de febrero de 2017 se valoraba un cuadro vírico, en nada relacionado con la tensión arterial, que no se controló y que en la del 16 de junio, sí se le tomó la tensión y, estando al límite de la normalidad, no pudo realizarse más control ni seguimiento porque la paciente se ausentó sin previo aviso. En la asistencia del día siguiente, constando una tensión arterial de 145/90, se estableció que la paciente presentaba una ligera elevación de la tensión sistólica, aunque se atribuyó al dolor- así se indica, sin mayor justificación- y, con referencia a la asistencia del día 19, se señala: “...el 19 de junio de 2017 presentó de forma asociada a su clínica de dolor en miembros inferiores, orina colúrica y una tensión arterial de 145/100.

*Esta cifra ya supone una elevación de ambas, solicitando una valoración por ginecología que propuso adelantar el parto. El diagnóstico de presunción desde el servicio de urgencias generales se basó en la clínica del dolor, no siendo el ginecológico ni el definitivo pues este servicio continuó el proceso. La tira de orina fue negativa para los parámetros medidos (destacando la proteinuria que no se objetivó)... Fue en la última consulta del día 19 de junio del 2017 donde se apreció elevación tensional de interés 145/100 mmhg y aunque no se evidenció proteinuria en la tira de orina realizada, se avisó a ginecología que mantuvo el proceso”.*

Sobre las circunstancias temporales del ingreso en la UCI y su posible demora en perjuicio de la paciente, el informe de Medicina Intensiva de 2 de enero de 2019 destaca que a las 14:14 h. se tuvo constancia de la situación de la paciente, que precisaba de ingreso en Medicina Intensiva, que a las 15:21 h. tuvieron constancia del mal estado de la paciente y a las 16:33 h. se la trasladó a UCI (una hora después ) y que la primera constante que se tomó allí es a las 17 h. (media hora después). Además, en ese escrito se afirma que no había disponibilidad de cama en la UCI, por lo que la paciente tuvo que esperar en la planta hasta que se pudo disponer el ingreso requerido.

Por lo que se refiere al informe de la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia, de fecha 4 de enero de 2019, en el mismo se indica que la paciente llegó a Urgencias el día 19 de junio de 2017 a las 23 horas y tenía prevista la inducción del parto el día 20 por gestación prolongada. Que el Servicio de Urgencias detectó una tensión de 140/100, aunque la proteinuria era negativa, solicitándose valoración por Ginecología.

De ese modo, explica que llegó a la Unidad de Ginecología a las 0:15h. del día 20 de junio y que a las 3:30h a.m. ya tiene tensiones de 150-165 / 90-110, siendo ese momento cuando se avisó a la ginecóloga de guardia, que solicitó un perfil de preeclampsia y que no fue hasta las 5:45 h. de la mañana, cuando llegaron los análisis y se tuvo constancia de su patología: «... A las 5.45 horas llega el resultado de la analítica en el que se observa un índice de Proteinuria/creatinuria de 7.7. con creatinina de 1.58, ácido úrico de 8.,8 gr/di GOT: 55 FA: 257 LDH: 1081 Hb: 10 PLQ: 98.000 y fibrinógeno 682.

*Ante esta analítica, el primer diagnóstico diferencial es un “Síndrome de Hellp”.*

Y explica, que dicho síndrome es un tipo de preeclampsia grave, con alto grado de complicaciones maternas, porque indica que la

afectación de la preeclampsia es multiorgánica. Además, que el síndrome de Hellp puede ser la forma inicial de presentación de una preeclampsia o injertarse sobre una preeclampsia ya establecida y que, *“...en Urgencias, cuando llegó la paciente, le hicieron una tira reactiva de orina que fue negativa y 4 horas después, presentaba un cuadro completamente diferente al del ingreso”*.

En cuanto a la elección del parto natural se indica: *“Ante este diagnóstico, la elección de la vía del parto debe hacerse en función del estado fetal y materno. Para la madre, el riesgo quirúrgico en esta situación es muy elevado, puesto que a su estado general, añadiríamos el riesgo quirúrgico, por lo que con una trombopenia (una coagulopatía) ya en desarrollo, debe evitarse la cesárea salvo que exista una causa fetal que haga valorar riesgo/beneficio. El feto durante toda la dilatación no presentó ningún cuadro que nos hiciera cambiar esta valoración del riesgo, como pudiera ser un sufrimiento fetal agudo, desprendimiento de placenta, malposición fetal. En el caso de (...) no se tuvo ninguna de esas complicaciones, por lo que la forma más segura de parto para la madre es la vía vaginal. Las complicaciones de la preeclampsia no se limitan mediante la realización de cesárea, sino que se agravan, y especialmente en el síndrome de hellp, dónde ya está desencadenada una coagulopatía”*. Además, el informe apunta a la posibilidad de que el síndrome sobreviniera con posterioridad al parto:... *“El riesgo de una preeclampsia no es sólo pre ó intraparto, sino que los síntomas pueden agravarse, agudizarse, o aparecer en el puerperio inmediato o tardío”*. Finalmente, el informe describe todas las atenciones dispensadas durante el puerperio y añade que se ajustaron al protocolo del HUT para vigilancia intensiva en Reanimación o en la UCI, para las preeclampsias graves y específicamente para el síndrome de Hellp.

Con posterioridad a esos informes, como se indicó al repasar el procedimiento -y ya incluyendo su valoración- se efectuó un segundo informe de la Inspección Sanitaria, a cuyo criterio debemos dar especial

prevalencia según tiene establecido esta Comisión, ya que el mismo obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

El informe de la Inspección Sanitaria aludido establece una serie de consideraciones médicas de aplicación al caso, explicando que la preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal. Si no se trata, la preeclampsia puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, tanto para la madre como para su bebé. Si se tiene preeclampsia, el tratamiento más efectivo es dar a luz (*“sólo se cura con la finalización del mismo”*) y hasta este momento se deberán tratar farmacológicamente las formas graves.

En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome Hellp, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados.

En cuanto a su concreta aplicación al caso, el informe de la Inspección efectúa un minucioso estudio y análisis crítico de las explicaciones que en este caso efectúan los servicios implicados en la asistencia de la esposa del reclamante y, en relación con su valoración, establece las siguientes conclusiones:

*“La paciente, nacida en Nigeria, tenía una gran dificultad con el lenguaje, tal como afirman los médicos de primaria cuando comienza este embarazo y sufre la paradoja de morir de preeclampsia en un país desarrollado como es España, cuando el 99 de la mortalidad por esta enfermedad se da en países en vías de desarrollo.*

*2º La atención primaria en Madrid actuó correctamente en el control del embarazo, pese a que la paciente no acudió a algunas de las visitas programadas o a recoger analíticas que se repitieron. Le hicieron un correcto seguimiento del aumento de TSH que se le presento, en primaria se le recomienda un mes antes de dar a luz que si tiene tensiones superiores a 140/ 90 tomadas dos veces seguidas acudiera a urgencias.*

*3º Consideramos que la actuación del servicio de urgencias en el mes de junio, cuando días antes de dar a luz la paciente acude en varias ocasiones siguiendo la recomendación de ir a urgencias y de no sobrepasar la tensión de 140 / 90 no fue adecuada, pues no asegura que se la tomara dos veces diferentes (con una separación de 4 o 5 horas).*

*4.- Consideramos que la actuación del servicio de Ginecología no fue la adecuada, pues debería haber sido más diligente en acabar por cesárea el embarazo cuando un día antes de la fecha prevista de inducir el parto la paciente se presentó con hipertensión arterial clara en urgencias y sospecha de preeclampsia.*

*5º Consideramos que el ingreso en UCI de la paciente tras el parto se demoró en exceso por falta de camas tal como dicen en el servicio, lo que pudiera haber contribuido a agravar la situación. Por todo ello y pese a reconocer que algunas características de la paciente, como es el desconocimiento del idioma y que consta que a veces no siguiera las pautas prescritas y que abandonara por propia iniciativa el servicio de urgencias y que la preeclampsia y el síndrome de hellp son difícil de diagnosticar y de evolución tórpida, consideramos que tanto la actuación del Servicio de Urgencias del hospital de Torrejón, como del Servicio de Ginecología, como de la UCId e ese hospital, por los motivos ya citados no han actuado con el celo y la diligencia que recomienda la lex artis en estos casos”.*

De acuerdo con lo expuesto y en consonancia con el estudio efectuado por la Inspección, debemos concluir que del análisis de la historia clínica y de las justificaciones vertidas por los responsables de las áreas que atendieron a la paciente, se desprende que la calidad asistencial recibida no fue la debida, en las atenciones médicas que se le dispensaron para el seguimiento y evolución de su embarazo y parto en el HUT, guardando ello una relación causal directa con su fallecimiento, producido el día 8 de julio de 2017. Se entiende así, que la falta de un diagnóstico precoz de la preeclampsia le causó la pérdida de oportunidad de un mejor pronóstico y evolución.

Concurren por tanto, las circunstancias determinantes del reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria madrileña.

**QUINTA.-** Llegados a este punto corresponde efectuar una valoración de los daños morales indemnizables.

Es importante señalar que la pérdida de oportunidad resulta de difícil o incierta apreciación en la mayoría de las ocasiones, pues se

trata en realidad de una hipótesis o conjetura de lo que hubiera pasado si se hubiera actuado de otro modo, por lo que hay que acudir a las circunstancias concretas del caso y su valoración. En línea con lo indicado, consideramos más acertado reconocer una cantidad global y no aplicar el baremo establecido para los accidentes de tráfico como realiza el informe pericial emitido a instancia del Servicio Madrileño de Salud y acoge la propuesta de resolución, pues entendemos que los conceptos que se recogen en el baremo no encuentran encaje para indemnizar el caso que nos ocupa. En este punto cabe traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que en un caso parecido de pérdida de oportunidad rechaza la aplicación del baremo respecto al que destaca *“que según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes”*.

La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo doctrina del Tribunal Supremo (así Sentencia de 17 de julio de 2014) en la que se dice que *«la Jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una “apreciación racional aunque no matemática” pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se “carece de parámetros o módulos objetivos”, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la Sentencia de 23 de febrero de 1988 , “las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas” en una suma dineraria»*.

A la hora de valorar la entidad del perjuicio moral sufrido por el reclamante, en su propio nombre y en el de su hija, debe tratarse de establecer el grado del desvalor de la asistencia recibida por la paciente, que genera la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. De ese modo, habrán de ponderarse todas las circunstancias del caso y, en particular, las que hubieren dificultado- si fuere el caso- la asistencia médica reprochada.

En el supuesto que ahora nos ocupa, según reflejan los informes médicos y consta en la historia clínica, parece que la paciente presentaba algunas dificultades de comprensión del idioma, que no era de trato fácil y que a veces desatendía las recomendaciones terapéuticas que recibía e, incluso, que en alguna ocasión se marchó sorpresivamente de la sala de Urgencias, desoyendo los consejos médicos, sin esperar la práctica de las pruebas diagnósticas complementarias indicadas o los periodos de reevaluación que se hicieran necesarios, para permitir un completo estudio de sus dolencias y que ello dificultó un seguimiento más convencional de su embarazo. Así ocurrió en las asistencias de los días 3 de noviembre de 2016 y 16 de junio de 2017, en las que el alta se concedió por “fuga” de la paciente.

De igual modo, la propia historia de Atención Primaria aportada junto con la reclamación, documenta algunos episodios en los que la paciente no acudió a diversas citas médicas programadas. De ese modo, en noviembre de 2016, meses antes de dar a luz, hay analíticas no revisadas por su médico y que la paciente no había ido a recoger, que fue necesario repetir.

Tampoco consta el registro de las tensiones arteriales que en la visita de Atención Primaria del día 16 de mayo de 2017 se le recomendó efectuar a la paciente y no consta una actuación proactiva por su parte,

que pusiera de manifiesto el efectivo seguimiento personal de su embarazo y las anomalías de su tensión arterial, si es que se producían.

Con independencia de lo anterior, un mes antes de dar a luz, ya hay una visita en Atención Primaria en la que se reconoce la hipertensión de la paciente. Concretamente se documenta que el tocólogo apreció una tensión arterial de 124/88, indicando a la paciente que si la tensión subía por encima de 140/ 90 (dos veces separadas por un espacio de tiempo de 4 o 5 horas) debería acudir a urgencias.

Dándose tales circunstancias, parece que en las visitas que hizo a Urgencias durante el mes de junio de 2017, los días 13 y 17, muy poco tiempo antes del parto; debiera haberse revisado con más detalle la tensión arterial de la gestante o, incluso, efectuar alguna prueba diagnóstica complementaria, para descartar la preeclampsia y abordarla con mayor previsión, si ese fuera el caso.

Con independencia de todo ello, tampoco puede desconocerse que la preeclampsia y el síndrome de hellp, según se ilustra suficientemente en los diferentes informes médicos recogidos en el expediente, resultan muy difíciles de diagnosticar y presentan una evolución tórpida y, llegado el caso, un desenlace muy desfavorable.

Por todo lo dicho y a la vista de todas las circunstancias concurrentes, se considera oportuno valorar los daños morales indemnizables en las cantidades de 60.000 € para el viudo y 70.000 € para la hija de la fallecida y teniendo estas cantidades por ya actualizadas.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, indemnizando a los reclamantes en la cuantía total de 60.000 € para el viudo y 70.000 € para la hija de la fallecida, teniendo estas cantidades por ya actualizadas.

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 9 de febrero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 70/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid