

Dictamen n.º: **585/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 3 de octubre de 2024, aprobado por unanimidad, 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., en su propio nombre y en el de su hija menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el parto por cesárea de la niña.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1. La interesada anteriormente citada, por escrito presentado el día 11 de noviembre de 2022 en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el referido centro sanitario el 7 de junio de ese mismo año.

La reclamante relata que tenía una cesárea programada para el día 13 de junio de 2022 por la mala posición del feto, si bien en la revisión de 7 de junio, el feto ya estaba colocado, por lo que la interesada

insistió en la cesárea por su mala experiencia en un parto anterior, que terminó en cesárea de urgencia, si bien le fue denegada por la obstetra.

Refiere que el 24 de junio de 2022, se puso de parto. Señala que, en el plan de parto, indicó que *“no forzaran si veían que no se podía”*, si bien, la tuvieron empujando durante varias horas, pero el feto tenía la cabeza encajada, por lo que el proceso terminó en cesárea *“con rotura de vejiga y de útero, más el sufrimiento fetal de la niña”*.

La reclamante solicita una compensación por todo lo sufrido.

El escrito de reclamación, presentado en un formulario, no se acompaña con documentación (folio 1 del expediente).

2. Consta que se requirió a la interesada para que subsanara su escrito, indicando los hechos, razones y petición en que se concretaba con toda claridad la solicitud, especificando las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, así como los centros sanitarios objeto de reproche en cada caso. Asimismo, se solicitó que se concretase la cuantía económica solicitada o los criterios en base a los cuales debía ser fijada, o al menos, si sería o no superior a 15.000 euros.

La interesada contestó al requerimiento el 27 de diciembre de 2022, presentando un escrito en el que relataba de manera más pormenorizada los hechos reclamados que coinciden sustancialmente con lo manifestado en su escrito inicial. Señaló no ser capaz de poder fijar la indemnización correspondiente a todo lo que han sufrido.

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

La reclamante, de 37 años de edad en el momento de los hechos reclamados, había seguido la gestación de su embarazo a cargo del

Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, con visitas periódicas, ecografías y analíticas correspondientes.

En la consulta del día 23 de mayo de 2022, en la semana 36 de gestación, el feto se encuentra en posición podálica y en un peso aproximado de 3.400 gr. Se cita en dos semanas para valorar presentación. Cesárea programada para el 13 de junio. Consta que se explica a la gestante la posibilidad de realizar versión cefálica externa, así como riesgo y beneficios, pero que la paciente no lo desea. Se programa cesárea en la semana 39. La reclamante manifiesta su deseo de ligadura de trompas. Se entregan los documentos de consentimiento informado para cesárea y oclusión tubárica, que son firmados por la gestante ese día.

El día 7 de junio de 2022, la reclamante acude a cita de monitorización fetal de alto riesgo. Se observa la presentación cefálica. La gestante manifiesta su deseo de cesárea a pesar del cambio de presentación del feto. Se explica el protocolo del servicio y se comenta con la Unidad de Obstetricia que desestima la opción. Se cita para monitorización en dos semanas.

En la consulta de monitorización de 21 de junio, se propone inducción a la 41 semana y se entrega el documento de consentimiento informado. Se pide hemograma y se cita el 27 de junio para valoración. Se informa que, si acude de parto, se intentará parto vaginal.

Ese día, 21 de junio, la gestante firma el plan de parto, en el que indica *“por favor no forcéis el parto natural si veis que no está bien colocada, que se puede quedar atascada, que va a sufrir, etc...ante cualquier duda prefiero una cesárea (con ligadura de trompas) ...”*.

El 24 de junio de 2024, la reclamante acude a Urgencias con trabajo de parto en curso espontáneo (cérvix borrado y dilatado 2 cm

con dinámica regular), por lo que se decide ingreso en paritorio según lo acordado para intento de parto vaginal. Como consecuencia de la nula progresión del descenso fetal por el canal de parto con pujos maternos activos durante una hora, y la presencia de fiebre materna de 38°, y de la aparición de meconio, se indica cesárea a las 2:02 horas del día 25 de junio de 2022, por sospecha de desproporción pélvico-cefálica.

Se realiza cesárea segmentaria transversa muy laboriosa por adherencias de cesárea previa, y sangrado moderado con apertura vesical. Consta en la historia clínica: *“incisión sobre cicatriz de cesárea anterior y un útero gestante con vejiga y adherencias firmes en el segmento inferior. Feto en cefálica, líquido de meconio, ++, y anexos normales. Apertura por planos. Disección de la plica adherida sobre todo el segmento uterino con apertura parcial uterina de la misma, histerectomía segmentaria transversa, con extracción fetal dificultosa por cabeza deflexionada e impactada en la pelvis. Alumbramiento dirigido con carbetocina, revisión de la cavidad uterina, que impresiona vacía. Identificación de ambos ángulos, prolongados, y sutura de los mismos con puntos dobles. Histerorrafia continua con el resto de puntos sueltos de hemostasia, identificación de ojal en vejiga 1X1 cm en ángulo izquierdo que se confirma con azul de metileno, sutura en dos capas de la misma con puntos de 3-0, se comprueba integridad de la vejiga nuevamente con azul de metileno, se deja surgicel en lecho de cirugía uterina, ligadura de trompas según técnica de Pomeroy”.*

La niña nació con Apgar 9/10, pH 7,33 y Reanimación 0.

El postoperatorio de la madre, cursó con hemorragia puerperal moderada, se realizó tratamiento médico. Monitorización estrecha de constantes vitales en URPA, y transfusión de derivados sanguíneos hasta conseguir estabilización materna. La reclamante evolucionó de manera favorable, recibiendo el alta hospitalaria a las 48 horas del parto, sin que consten complicaciones posteriores.

Por lo que se refiere a la niña, presentaba riesgo infeccioso por pico febril aislado sin otros factores de riesgo y riesgo bajo de corioamnionitis. Se queda piel con piel con su madre, con indicación de constantes por turno y vigilancia de signos de infección. A las 57 horas de vida, se decide ingreso en Unidad Neonatal para observación y completar estudio de hipotonía. Se realiza analítica de sangre y ecografía transfontanelar. En la bioquímica sanguínea se encuentran fuera del rango de la normalidad la bilirrubina y Creatina Kinasa (CK plasma), resto de parámetros, incluido amonio, normales. En la ecografía cerebral realizada el 29 de junio se objetiva hemorragia de la matriz germinal bilateral grado 1.

Valorada por Neurología pediátrica: hipotonía de predominio axial y en menor medida en miembros (predominio de miembros superiores). A las 72-96 horas de vida, ligera mejoría de la hipotonía (sobre todo de los miembros inferiores), objetivada también por los padres.

Durante el ingreso en Neonatología realiza desaturaciones (disminución de la saturación de oxígeno) aisladas durante el sueño profundo que remontan solas. Sin bradicardias ni signos de dificultad respiratoria. No apneas. Asimismo, presenta mejoría progresiva de la hipotonía, sobre todo de extremidades, manteniendo la hipotonía axial por lo que se decide estudio genético de síndrome de Prader-Willi (recibido resultado negativo en diciembre 2022).

A los 9 días de vida, la recién nacida es dada de alta en la Unidad Neonatal con disminución de la CK (96 U/L) y control en consultas de Neuropediatría y Rehabilitación.

En la revisión en Neuropediatría de noviembre de 2022, se refiere seguir percibiendo mejoría desde el inicio de rehabilitación. El juicio clínico es de hipotonía axial con evolución favorable.

El 16 de diciembre de 2022, se realiza la última sesión de rehabilitación en el hospital.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de las interesadas del Hospital Universitario de Fuenlabrada y los informes de los servicios de Obstetricia y Ginecología y de Pediatría del citado hospital.

En el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, de 21 de febrero de 2023, se da cuenta de la asistencia prestada a la reclamante durante la gestación y el parto de su hija; analiza la asistencia en base a los protocolos aplicables y bibliografía médica y concluye que la atención al parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada se realizó de acuerdo con la *lex artis* de su especialidad; no existe ninguna evidencia de mala praxis o impericia profesional, habiéndose realizado la atención a la interesada en base a protocolos vigentes, siguiendo la evidencia médica disponible; no se halla ningún motivo para sancionar a algún profesional adscrito en el servicio y, aunque dice empatizar con la percepción de angustia e incertidumbre en cuanto al estudio y evolución de la hipotonía axial de la niña, señala que no existe ningún indicio de que dicha hipotonía pueda atribuirse a una negligente actuación durante el embarazo y parto, y, por tanto, no pueden hacerse responsables de la misma. El informe se acompaña con bibliografía médica y los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Por otro lado, el informe del Servicio de Pediatría de 21 de septiembre de 2023, relata la asistencia a la recién nacida y explica que la encefalopatía hipóxico isquémica se diagnostica clínicamente por la

presencia neonatal de encefalopatía, asociada a acidosis metabólica, disfunción multiorgánica, generalmente asociada con un evento centinela y baja puntuación en el test de Apgar. En este caso, la recién nacida presentó un cuadro de hipotonía de predominio axial, con estado de consciencia normal. Refiere que, aunque puede deberse a un cuadro de hipoxemia perinatal, el Apgar al nacer fue 9/10 y no presentaba otros datos de encefalopatía como convulsiones o alteración del nivel de consciencia. Indica que la hemorragia de matriz germinal es rara en recién nacidos a término y sus causas son multifactoriales, hay que vigilar el desarrollo psicomotor de estos niños y el crecimiento del perímetro craneal, que en este caso son normales.

Con fecha 18 de enero de 2024, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos en el curso del procedimiento y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que la asistencia dispensada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada fue acorde a la *lex artis*.

Consta que se solicitó un informe ampliatorio a la Inspección Sanitaria que incluyera una relación de hechos probados. Dicho informe fue emitido el 29 de febrero de 2024, cumpliendo con el requerimiento efectuado.

El 9 de abril de 2024, se notifica a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia. No consta que la interesada formulara alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 30 de julio de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la mala praxis denunciada.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de agosto de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 576/24, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de octubre de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 indeterminada y por 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche. Igualmente, cabe considerar la legitimación activa de la niña menor de edad, que actúa representada por su madre, al amparo de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil, que atribuye a los padres que ostentan la patria potestad la representación legal de sus hijos menores no emancipados.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 11 de noviembre de 2022, en relación con la asistencia sanitaria dispensada en el parto por cesárea que tuvo lugar el 24 de junio de ese mismo año. Atendiendo a esta fecha, la reclamación estaría formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, esto es, los servicios de Ginecología y Pediatría del citado centro hospitalario. Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la madre y la niña y se les ha conferido trámite de audiencia, sin que conste la formulación de alegaciones por su parte. Finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la

causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor; y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en

el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la

prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Fuenlabrada, el día 24 de junio de 2022, pues sostiene que se demoró la realización de cesárea, contraviniendo sus deseos manifestados en el plan de parto, y ello tuvo consecuencias sobre su salud y la de su hija.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo 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 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), 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 caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba de los reproches de mala praxis anteriormente enunciados. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*. Respecto a ello, cabe destacar la especial relevancia que solemos otorgar al informe de la Inspección Sanitaria, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras].

Como hemos visto en los antecedentes, durante el seguimiento del embarazo de la reclamante, ante el hallazgo en la ecografía preceptiva del tercer trimestre gestacional del feto en presentación podálica, se oferta versión cefálica externa según protocolo vigente en Hospital Universitario de Fuenlabrada. Así, se explica por el Servicio de Ginecología, que la versión cefálica externa es una maniobra avalada por el estado de la ciencia actual, que intenta modificar la presentación fetal para convertirla en presentación cefálica y evitar una cesárea programada. En el referido hospital, se oferta entre 36-38 semanas, y en caso de denegación para efectuarla, se programa una cesárea por presentación podálica a partir de la semana 39 de la gestación, como aconseja la evidencia científica disponible.

En este caso, la reclamante deniega su consentimiento para dicha maniobra por lo que se deja fecha programada para efectuar cesárea por presentación podálica para el 13 junio de 2022, si bien, como medida preventiva, se cita un nuevo control de bienestar fetal [monitorización externa) en la semana 38.

En la fecha citada para dicho control gestacional, 7 de junio de 2022, se objetiva que la presentación fetal ha cambiado, estando el feto en presentación cefálica, por lo que se anula la cesárea programada, que estaba indicada por presentación podálica. Según protocolo control gestacional habitual, se cita una nueva monitorización en dos semanas, coincidiendo con fecha prevista de parto (40+1s).

Según consta en la historia clínica, en dicho control (40+1) efectuado el 21 junio de 2022, se objetiva que la presentación fetal persiste en cefálica y que el peso fetal estimado es 4.025 gr (percentil 100). Se cita el 27 de junio para valoración y se informa que, si la reclamante acude de parto, se intentará parto vaginal. Dicho día 21 junio de 2022, se recoge un plan de parto donde la reclamante expresa su preocupación por el tamaño fetal y ruega que no se fuerce el parto natural ni se realice instrumentación del mismo.

Según explica el informe del Servicio de Ginecología que obra en el procedimiento, con apoyo en extensa bibliografía médica, es ampliamente conocido, que la determinación del peso fetal mediante ecografía es un procedimiento estimatorio sujeto a un margen de error de +/- 10%. En el metaanálisis publicado por Malin y cols. en 2016, se reporta una sensibilidad del 56% y una especificidad del 92% para la ecografía detectando fetos con peso superior a 4000gr. Señala que el error en la estimación de un feto grande, puede conllevar a realizar procedimientos obstétricos innecesarios (ej. indicar una cesárea por feto grande, que luego tiene peso normal).

Asimismo, el citado informe expone que la asociación de ginecólogos y obstetras americanos (ACOG) indica en su guía clínica sobre macrosomía fetal que *“la sospecha de macrosomía o peso grande fetal NO es indicación de inducción previa a la semana 39, porque no hay evidencia de que dicha política sea beneficiosa en relación con la aparición de distocia de hombros”* (Grado de evidencia B). En dicha guía, también se recomienda con similar grado de evidencia, programar una cesárea en caso de macrosomía fetal cuando el peso estimado del feto supere los 4.500 gr en madres diabéticas o 5.000 gr en madres no diabéticas. Como hemos visto, no era el caso de la reclamante, cuya estimación de peso era de 4.025 gr. Asimismo, en dicho guía se refleja también, que la sospecha de macrosomía fetal no contraindica el intento de parto vaginal en madres con cesárea previa.

El informe también recuerda la recomendación de la Guía de práctica clínica *“Parto vaginal tras cesárea previa”* de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia Española: *“Si no existen contraindicaciones para el parto vaginal, es razonable el intento de parto vaginal en las mujeres con cesárea previa”* y, en el caso de la reclamante, no se daba ninguna de las contraindicaciones al parto vaginal reflejadas en dicha guía.

Por lo que se refiere al respeto a su plan de parto, reprochado por la interesada, cabe señalar que esta cuestión ha sido examinada con anterioridad por esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes 38/17, de 26 de enero; 519/23, de 5 de octubre y 572/23, de 24 de octubre, que a su vez citaban el dictamen del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid 648/12, de 5 de diciembre, en el que se declaró:

«Según el documento denominado “Estrategia de Atención al Parto Normal” elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el plan de parto es “un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y

expectativas, sobre el proceso del parto y el nacimiento”. Según ese mismo documento el plan de parto “no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal” y además “no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento” pues pueden ocurrir circunstancias imprevisibles, que obliguen al personal sanitario adoptar las intervenciones más oportunas y “el resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto”».

En este mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 9 de junio de 2023 (recurso contencioso administrativo n.º 993/2021), señala que el Plan de Parto no planifica el desarrollo del mismo, de manera que, si surgieran circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, pidiendo el consentimiento de la paciente y actuando luego según las recomendaciones de las guías y protocolos.

Además, como tiene en cuenta la sentencia citada, “*las Recomendaciones sobre asistencia al parto de la SEGO, la seguridad y la salud de la madre y del feto son responsabilidad de los profesionales sanitarios a partir del ingreso hospitalario, y deben prevalecer sobre los deseos de aquella*”.

En este caso, como hemos visto, antes de la fecha prevista para la valoración de la reclamante, concretamente el 24 junio 2022, la interesada acudió a Urgencias con trabajo de parto en curso espontáneo (cérvix borrado y dilatado 2cm con dinámica regular) por lo que se decide ingreso en paritorio (15:17 horas), según lo acordado, para intento de parto vaginal. La dilatación presentó una evolución favorable, alcanzándose dilatación completa a las 23:45 horas.

Según consideran los informes médicos que obran en el procedimiento, el manejo intraparto de la paciente se atendió según protocolo vigente con monitorización materna y fetal continua. Pero, lamentablemente, pese a presentar una progresión de la dilatación cervical durante el trabajo de parto favorable, no se consiguió el descenso de la presentación fetal en el canal del parto con pujos maternos activos, por lo que se indicó adecuadamente una cesárea por sospecha de desproporción pélvico-cefálica (la presentación no desciende en el canal del parto porque la cabeza es más grande que la pelvis materna y no puede producirse el nacimiento) considerando además la sospecha de que el feto era grande. Con ello, además se atendió la indicación realizada en el plan de parto de no forzar el parto natural, en caso de que la niña se quedara “*atascada*”.

En los informes médicos que obran en el procedimiento se constata que la atención durante el procedimiento quirúrgico realizado fue técnicamente impecable, se suturó el útero adecuadamente, se visualizó y suturó el desgarro vesical de pequeño tamaño ocasionado con la disección y extracción fetal, se comprobó la estanqueidad vesical post sutura y se realizó hemostasia cuidadosa, según lo establecido en cualquier procedimiento quirúrgico.

Según se explica, después de un parto por cesárea, entre el 12-46% de pacientes desarrollan adherencias intraabdominales que pueden ocasionar lesiones viscerales (vejiga, intestino etc.) durante la disección o nacimiento fetal. Dichas adherencias se establecen con frecuencia entre la vejiga y el segmento uterino inferior, eliminando su plano de disección habitual y favoreciendo la aparición de lesión vesical que en el caso de la paciente fue de pequeño tamaño. Estas adherencias incrementan el riesgo de pérdida sanguínea. Asimismo, es extremadamente frecuente que la extracción de un feto que está impactado en la pelvis materna después de una hora de pujos activos, produzca una prolongación de la herida de histerotomía.

La aparición de prolongación en los ángulos de la histerorrafia, sangrado moderado y lesión vesical son incidentes relativamente frecuentes cuando se realizan cesáreas en fetos grandes tras una prueba de parto con pujos maternos activos y más frecuentes todavía cuando la madre tiene antecedentes de una cesárea previa. Según se explica, son precisamente estos riesgos de complicaciones, lo que motiva a favorecer el parto vaginal espontáneo cuando es posible, evitar la morbilidad derivada de la cirugía y las cesáreas innecesarias que no están exentas de complicaciones.

Según hemos señalado en los antecedentes, el postoperatorio inmediato cursó con hemorragia puerperal moderada e hipotensión que precisó tratamiento médico, monitorización estrecha de constantes vitales en URPA y transfusión de derivados sanguíneos hasta conseguir la estabilización materna. La evolución fue muy favorable, lo que permitió el alta a las 48 horas de la cesárea, sin que haya posteriormente ninguna complicación registrada derivada del procedimiento.

Por lo que se refiere a la niña, hemos visto en los antecedentes, que fue ingresada con riesgo infeccioso por pico febril aislado de la madre sin otros factores de riesgo infeccioso y riesgo bajo de corioamnionitis, para completar estudio de hipotonía, en donde se realizan exploraciones y estudios de sangre, ecografía cerebral y valoraciones por Neurología Pediátrica. En la ecografía del día 29 de junio de 2022 destaca: *“Hemorragia de la matriz germinal bilateral de grado I”*. Se realiza estudio de posible síndrome genético de Prader-Willi, siendo el resultado negativo. En los controles posteriores se establece el diagnóstico de *“hipotonía axial con evolución favorable”*.

La Inspección Sanitaria comparte en su informe, según sus propias palabras, el argumento coherente y esgrimido con rigor científico, y basado en la bibliografía, por el Servicio de Pediatría de que la

encefalopatía hipóxico-isquémica se diagnostica clínicamente por la presencia neonatal de encefalopatía asociada a la acidosis metabólica, disfunción multiorgánica y asociada a un evento centinela y baja saturación del test de Apgar, y, en este caso, la recién nacida presentó un cuadro de hipotonía de predominio axial, con estado de conciencia normal, el Apgar al nacer fue 9/10 y no presentaba otros datos de encefalopatía como convulsiones o alteración del nivel de conciencia. Por otro lado, la hemorragia de matriz germinal es rara en recién nacidos a término y sus causas son multifactoriales, por lo que hay que vigilar el desarrollo psicomotor de estos niños y el crecimiento del perímetro craneal, y en el caso de la niña son normales.

Por tanto, a la luz de lo expresado en los informes de los servicios implicados en la asistencia sanitaria reprochada, contrastados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada no merece ningún reproche, debemos concluir, que la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso se realizó conforme a protocolo, ajustándose a la *lex artis* y que en todo momento prevaleció el bienestar y la salud de la madre y de la niña.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reprochada.

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 3 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 585/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid