

Dictamen nº: **36/15**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **04.02.15**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de febrero de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.V.H.L. y P.S.C., en su propio nombre y en el de su hija menor de edad, S.S.H., por el fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, M.S.H., que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 23 de diciembre de 2014 tuvo entrada en este órgano consultivo, solicitud de dictamen preceptivo firmada por el consejero de Sanidad, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 568/14, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excmo. Sra. D.<sup>a</sup> María José Campos Bucé quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión de la Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 4 de febrero de 2015.

**SEGUNDO.-** El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por M.V.H.L. y P.S.C., en su propio nombre y en el de su hija, S.S.H., asistidos por el letrado C.S.G., registrada de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 7 de junio de 2013 (folios 1 a 27 del expediente administrativo).

Según el escrito de reclamación, la interesada, con grupo sanguíneo Rh negativo, tuvo su primer hijo en mayo de 2010 y quedó embarazada de su segundo hijo en el año 2011, lo que quedó confirmado mediante analítica practicada en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Los reclamantes destacan que el laboratorio que realizó el estudio de las muestras de sangre de confirmación del embarazo, les alarmó acerca de la presencia de anticuerpos y del riesgo que ello suponía para la viabilidad del embarazo. Los interesados reprochan que el Servicio de Ginecología del referido centro hospitalario no realizó un control exhaustivo de la incompatibilidad RH, ni siguió el tratamiento profiláctico conforme exigen los protocolos, calificando el embarazo como de bajo riesgo.

Continuando con el relato fáctico de su reclamación, los interesados destacan que la reclamante comenzó con contracciones a las 6:00 h del día 9 de junio de 2012, e ingresó en el Hospital de Alcorcón en torno a las 10:00 h, con un registro cardiotocográfico poco tranquilizador. Los reclamantes denuncian que no se practicó una cesárea, hasta transcurridas más de 8 horas desde el ingreso de la paciente. Añaden que la muestra del pH de arteria umbilical examinado, mostró un valor susceptible de pérdida de bienestar fetal.

A lo expuesto los reclamantes añaden que el Test de Coombs indirecto practicado a la madre dio positivo, también dio positivo el Test de Coombs directo practicado al recién nacido. También indican que se sospechó posible Hydrops fetal secundario a anemia y se inició la administración de concentrado de hematíes, que tuvo que interrumpirse por las maniobras de reanimación, que se prolongaron por 30 minutos sin lograr latido cardíaco eficaz, por lo que a las 19:45 h. del día 9 de junio de 2012, se produjo el exitus del recién nacido. Se practicó necropsia por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Alcorcón, objetivándose hallazgos compatibles con "*HIDROPS FETALIS: EDEMA*".

Por lo expuesto solicitan una indemnización de 200.000 euros por el fallecimiento y los daños morales asociados al mismo.

Los interesados acompañan el escrito de reclamación con una copia del libro de familia y diversa documentación médica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

**TERCERO.-** Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, nacida en el año 1975, con grupo sanguíneo AB Rh negativo, tuvo su primer hijo mediante parto eutócico el 1 de mayo de 2010. El seguimiento del embarazo y el parto tuvieron lugar en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. La recién nacida tenía grupo B Rh Positivo y Test de Coombs directo negativo. La madre, el día del parto, presentaba Test de Coombs positivo. La madre recibió gammaglobulina antiD el día 2 de mayo de 2010.

La reclamante queda embarazada por segunda vez en el año 2011. La analítica correspondiente al primer trimestre se realiza el 25 de octubre de 2011 (6 semanas de gestación). En esa fecha, realizado test de Coombs

indirecto, en el documento de los parámetros analíticos se destaca lo siguiente:

*“Test de Coombs indirecto: POS. Anti-D título indetectable, alta probabilidad de ser inmune. Control en 4 semanas para verificar. Si se confirma debe pasar a control hospitalario. El anticuerpo es muy débil, si en 4 semanas es negativo deben añadir otro control a las 8 semanas de esta prueba”.*

Consta en la historia clínica una notificación del Servicio de Hematología del día 26 de octubre de 2011, en la que se indica:

*“Descripción. Sospecha de anti-D inmune.*

*Sospecha de anti - D farmacológico, resulta positivo débil, la paciente no se ha puesto gammaglobulina anti-D desde mayo de 2010.*

*Se habla con la paciente para verificar todos los datos, cree encontrarse de 6 semanas, está pasando ahora los primeros controles y no ha sido vista por la matrona.*

*Se pone control en 4 semanas, si se confirma pasa a estudio hospitalario y habrá que verificar cigosidad de la pareja”.*

El día 2 de noviembre de 2011 la paciente acude a la primera consulta del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El especialista anota los antecedentes de la paciente y que ha recibido gammaglobulina antiD, confirmada al revisar la historia clínica de la gestación previa. Se transcribe el contenido de la nota del Servicio de Hematología, los datos de la gestación y sobre la analítica. Entrega consentimiento informado para realización de exploraciones ecográficas y solicita analítica que incluye Test de Coombs indirecto así como consulta presencial para valorar resultados.

El 23 de noviembre 2011 (10 semanas de gestación), se realiza analítica que muestra el resultado de Test de Coombs Indirecto como negativo.

El 12 de diciembre de 2011 se realiza estudio ecográfico de la gestación, sin incidencias.

La siguiente consulta en el Servicio de Obstetricia tiene lugar el 13 de diciembre de 2011, en la que se anota el resultado negativo del Test de Coombs Indirecto realizado el 23 de noviembre de 2011.

El 9 de febrero de 2012 se practica el control ecográfico del segundo trimestre, en el que se informa un desarrollo fetal acorde con la edad gestacional.

El 28 de febrero de 2012 (24 semanas de gestación), se realiza una nueva analítica en la que destaca el Test de Coombs indirecto como negativo.

El día 13 de marzo de 2012 tiene lugar la siguiente consulta en el Servicio de Obstetricia. Se anota que se pauta profilaxis antiD en la semana 28. Se solicita ecografía del tercer trimestre.

Se realiza nueva analítica el 17 de mayo de 2012, sin petición de Test de Coombs.

La siguiente consulta en el Servicio de Obstetricia tiene lugar el 22 de mayo de 2012. El especialista anota que la paciente no acudió a realizar la ecografía el tercer trimestre por error. También consta que se ha administrado profilaxis antiD en la semana 28. Se realiza ecografía en consulta y se pide nueva ecografía para el día siguiente, urocultivo y cita para resultados.

El día 23 de mayo de 2012 se realiza ecografía obstétrica del tercer trimestre que informa sobre un “*desarrollo fetal acorde con edad*

*gestacional*". Los resultados de la ecografía son vistos en la consulta del Servicio de Obstetricia del día 29 de mayo de 2012.

El 9 de junio de 2012, (38+4 semanas de gestación), la gestante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón por dolor hipogástrico. Tras registro, no tranquilizador, ingresó para inducción. El registro cardiotocográfico de 30 minutos fue informado como: "*FCF 140 lpm. Variabilidad escasa. No deceleraciones. DU irregular*". Se emite el juicio clínico de "*gestante a término con registro no tranquilizador*".

En las hojas de anotaciones de la matrona que acompañan al registro cardiotocográfico, iniciado a las 12:56 horas, figura que fue valorado por el especialista a las 15:10 horas, así como a las 16:20, en que además se hizo indicación de inducción con oxitocina. A las 16:30 horas está registrado: "*Se realiza amniorrexis artificial. Líquido claro*". A las 17:38 horas se anotó que, tras ser valorada la gestante por dos facultativos, "*se indica cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se prepara para cesárea según protocolo y se administra 2 gr de cefazolina*".

A las 18:05 del 9 de junio se realizó la cesárea urgente. En la historia clínica aparece anotado, a las 18:46 horas: "*Se realiza cesárea urgente por RPBF e imposibilidad de obtener pH intraparto, sin incidencias. Nace Rn vivo, de aspecto hidrópico*".

El recién nacido (con *Apgar 1/2/5*) requirió reanimación tipo IV e ingreso en UCI de neonatos, donde falleció a las 19:45 h de ese día. En sangre del cordón la Hemoglobina era de 6,7 por lo que se sospechó hidrops secundario a anemia. En analítica posterior del recién nacido la Hb se hallaba en 4,40 y Hcto de 12,40%. Se realizó paracentesis y toracocentesis, con extracción de cierta cantidad de líquido. En Neonatología el juicio fue "*Hidrops fetal. Anemia hemolítica por*

*isoinmunización anti-D".* Tras el parto, los Tests de Coombs en madre e hijo eran positivos.

La autopsia practicada al recién nacido destaca hallazgos compatibles con hidrops fetal: edema cutáneo, derrame pleural bilateral, derrame pericárdico y abdominal; hepatomegalia con hematopoyesis extramedular hepática intensa y difusa, así como ausencia de malformaciones externas e internas.

El Servicio de Transfusión reevaluó el caso de la reclamante y procedió a analizar a posteriori, el 31 de enero de 2013, una muestra materna (previamente congelada por protocolo de rutina), que había sido extraída el 17 de mayo de 2012 (en la semana de gestación 35+1), con resultados claramente positivos. Se concluyó el estudio del caso como: "*compatible con enfermedad hemolítica del recién nacido por anti-D*".

**CUARTO.-** Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (folios 33 a 237 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al procedimiento el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de 1 de junio de 2012, (folios 29 a 32), en el que tras analizar la asistencia dispensada a la reclamante, puntualiza que en el primer embarazo sí se realizó profilaxis

antiD en tiempo y forma correcta, administrando una dosis el 2 de mayo de 2010. En cuanto al seguimiento del segundo embarazo aclara que tras un título inicial positivo, se repitió en dos ocasiones el Test de Coombs, con resultados en ambos casos negativos, por lo que se siguió controlando el embarazo de forma normal. En cuanto a la asistencia en el parto considera que fue correcta y ajustada a protocolo, y que, en todo caso, ni el tiempo de dilatación ni el tipo de parto influyeron en el fallecimiento del recién nacido. El informe concluye señalando que no es habitual que un caso de enfermedad hemolítica del recién nacido por antiD con hidrops ocurra con título de anticuerpos tan bajos, en el límite llamado crítico en Europa. Añade que “*es posible que en el tercer trimestre del embarazo, un traumatismo de pequeña intensidad que haya pasado inadvertido generase una trasfusión feto-materna*”.

También figura en los folios 238 a 260 el informe de la Inspección Sanitaria de 25 de febrero de 2014 en el que tras analizar la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y realizar las oportunas consideraciones médicas sobre la hidropesía fetal y la enfermedad hemolítica perinatal, emite la siguiente valoración final sobre el caso:

“*-Se trata de segunda gestación de madre con posibilidad de iso inmunización eritrocitaria RhD / posibilidad de causar anemia hemolítica en feto/recién nacido.*

*- La patología presentada es (muy razonablemente) prevenible y las herramientas disponibles permiten evitar o minimizar un posible cuadro devastador como el hidrops fetal, en estos casos inmune.*

*- Al inicio de la gestación del caso el Test de CI es positivo; con nivel bajo, pero positivo: el anti D estaba presente y se considera activo, no pasivo, dado el tiempo transcurrido desde la aplicación de la inmunización.*

- Efectivamente, ha ocurrido que se dio por negativo el test de CI en dos veces ulteriores, pero no se continuó su medicación al avanzar la gestación. Un riguroso control de estos casos, hace que estos deban considerarse Bajo sospecha, ya que la negatividad posterior del CI, si se hubiera tenido por antiD activo el primero, se considera llamativa.
- (Realmente, a la semana 35 el CI era claramente positivo, pero esto se conoció a posteriori).

En definitiva, la positividad inicial del TCI en esta segunda gestación, se puede considerar subsidiaria de más mediciones de titulaciones que las habidas, así como subsidiaria de haber procedido a estudios para identificar lo más precozmente la instauración de una posible anemia fetal (ya que se considera que había circunstancias que hacían al caso susceptible de alguna sospecha) ”.

La Inspección Sanitaria formula la siguiente conclusión:

*“La asistencia sanitaria*

*no se valora como completamente idónea; esta inspección médica considera lo más correcto que las actuaciones sanitarias del control de la gestación hubieran sido ampliadas, con posteriores mediciones de CI, al avanzar la gestación, su adecuada valoración y el muy presumible uso de las técnicas no invasivas de búsqueda de la anemia en el feto, tal como se entiende se ha fundamentado en este informe; todo ello salvo mejor criterio en contra.*

*Los servicios de control de las gestaciones de este tipo, teniendo a su alcance los medios de detección y seguimiento de una posible anemia fetal inmune (en todo caso, dentro de esta Comunidad de Madrid), se considera viene a obligarse también a un especial cuidado de los caso de CI con positividad débil del anticuerpo, activo, al inicio (y*

*en 2<sup>a</sup> gestación), acometiendo con ellos pruebas de seguimiento de la gestación más especiales que en gestación estrictamente normal”.*

Consta en el expediente examinado un informe emitido por el Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz el día 21 de febrero de 2014, formulado a instancias de la Inspección Sanitaria, en el que en contestación a las dudas planteadas por el inspector médico señala que en su centro hospitalario “*ante la sospecha de un anticuerpo activo de especificidad que sea capaz de producir EHFRN moderada grave como es el antiD, se haría un nuevo control serológico y ante la duda se remitiría para un control obstétrico en consultas de alto riesgo*”. A lo expuesto añade que “*llama la atención de dos determinaciones negativas, que debido al resultado final podrían ser falsos negativos, ante un caso con resultados tan devastadores y prevenibles, se considera coste/eficaz hacer seguimiento de estos casos para prevenir cuadros de anemia grave*”.

Se ha incorporado también al procedimiento un informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud en el que se considera que “*se debería haber realizado un seguimiento más exhaustivo de la gestación, dada la complicación tan grave que podía suceder en el supuesto más desfavorable-anemia hemolítica del recién nacido por antidiD-y que es la que finalmente ha ocurrido*”. En cuanto a la valoración del daño lo cifra en 120.747,05 euros, desglosado en 102.170,58 euros para los padres y 18.576,47 para la hermana.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y en el artículo 11 del RPRP, se confirió el oportuno trámite de audiencia a los reclamantes y al Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Consta en el expediente que el día 7 de noviembre de 2014 los reclamantes formularon alegaciones en el trámite conferido al efecto, en las que inciden sobre el sufrimiento padecido. Añaden que han sido de nuevo

padres en el mes de junio de 2014 y que durante el embarazo se confirmó la isooinmunización por incompatibilidad de grupos sanguíneos entre la madre y el bebe, pero que en este caso el seguimiento fue el adecuado y se realizaron hasta cuatro transfusiones intrauterino, fototerapia intensiva y gammaglobulina.

En el trámite de audiencia, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón remitió alegaciones formuladas por el Servicio de Hematología y el responsable del Servicio de Transfusión en el que inciden en las consideraciones formuladas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del citado centro hospitalario.

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaría general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 6/2014, de 17 de marzo- se dicta propuesta de resolución en la que se estima parcialmente la reclamación al considerar que se ha producido en este caso una atención poco adecuada al no haber mantenido mayores controles hematológicos y obstétricos de la reclamante durante la gestación, dada la complicación tan grave que podía suceder- anemia hemolítica- y que finalmente ocurrió. Se reconoce una indemnización de 120.747,05 euros en base al informe de valoración emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo

Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de “*Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por los reclamantes en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad-, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

**SEGUNDA.-** Poseen los reclamantes legitimación activa en cuanto que sufren los daños morales derivados del fallecimiento de su hijo y hermano. La indemnización que, en su caso, correspondería lo sería por daños que tienen su base en relaciones afectivas, familiares u otras semejantes. La hermana del fallecido, actúa debidamente representada por sus padres, como hija menor no emancipada. La relación filial ha quedado debidamente acreditada en el expediente mediante la aportación del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el caso que nos ocupa, resulta claro en el expediente que el dies a quo lo constituye el fallecimiento del recién nacido que tuvo lugar el día 9 de

junio de 2012, por lo que la reclamación formulada el día 7 de junio de 2013 se debe considerar presentada en plazo legal.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RRP.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos implicados en el proceso asistencial de la gestante. También durante la instrucción se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, así como el informe de un especialista en Hematología y un informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud. Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a los interesados, los reclamantes y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RRP.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: “*los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Pùblicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.*

*2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.*

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad

administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

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, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

**CUARTA.-** En el presente caso, los reclamantes reprochan a la Administración sanitaria un defectuoso seguimiento del embarazo de su segundo hijo, pues sostienen que no se realizó a la gestante un control exhaustivo de la incompatibilidad madre-hijo por el RH negativo de la madre y en consecuencia no se adoptaron las medidas de profilaxis exigidas por los protocolos médicos ante tal incompatibilidad. Los reclamantes denuncian que como consecuencia de la no detección del anticuerpo antiD presente en la madre, el niño nació con una enfermedad hemolítica grave que determinó su fallecimiento el mismo día del nacimiento. Por tanto, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, por lo que la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico se convierte en la cuestión central a examinar. A lo expuesto los reclamantes adicionan el retraso en la

realización de la cesárea como determinante también del fallecimiento del niño.

Resulta claro del expediente y en particular, de los informes médicos que obran en el mismo y de la autopsia realizada, que el niño nació afectado por una enfermedad denominada hidropsia fetal (hidrops fetalis) que supone la presencia anormal de líquido seroso en el cuerpo fetal, secundario a enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido. Esta enfermedad es el resultado de la sensibilización materna frente a un antígeno de origen paterno presente en el feto y ausente en la madre. Según informa la Inspección Sanitaria “*el seguimiento completamente correcto de los casos de las gestantes sensibilizadas (y su debida detección como tales) es un aspecto de clave importancia para minimizar los efectos de la posible enfermedad, efectos que pueden llegar a ser muy graves (hidrops)*”. Añade que los controles y las técnicas no invasivas de seguimiento están ampliamente desarrolladas y de detectarse la anemia fetal “*es factible y eficaz su tratamiento intrauterino*”.

En este caso resulta de la historia clínica examinada que a la reclamante, se le realizó el Test de Coombs indirecto (prueba encaminada al escrutinio de anticuerpos eritrocitarios irregulares) con resultado positivo en la analítica del primer trimestre, y que posteriormente se repitió el test en dos ocasiones, el 23 de noviembre de 2011 y el 28 de febrero de 2012, con resultado negativo en ambos casos. Consta en la documentación examinada que en las analíticas posteriores ya no se solicitó la realización del Test de Coombs y el seguimiento del embarazo fue como de bajo riesgo. Resulta también de la historia clínica que realizado, con posterioridad al parto, el Test de Coombs a una muestra de sangre congelada de la madre de la semana 35 de gestación, el resultado fue claramente positivo.

A la hora de enjuiciar la omisión de medios denunciada por los reclamantes resulta relevante el informe de la Inspección Sanitaria, a cuya

imparcialidad y actuación con arreglo a “*criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad*”, nos hemos referido constantemente en nuestros dictámenes. En este caso resulta relevante además que sus conclusiones resultan del asesoramiento de un especialista en Hematología. Pues bien, en este caso, el mencionado informe, tras analizar la historia clínica, a la luz de los protocolos médicos y del citado asesoramiento especializado, señala que “*la positividad inicial del TCI en esta segunda gestación, se puede considerar subsidiaria de más mediciones de titulaciones que las habidas, así como subsidiaria de haber procedido a estudios para identificar lo más precozmente la instauración de una posible anemia fetal (ya que se considera que había circunstancias que hacían el caso susceptible de alguna sospecha)*”.

Según informa el especialista en Hematología consultado por la Inspección Sanitaria, ante un caso como el de la reclamante, con un primer Test de Coombs indirecto positivo, el seguimiento sería inmunohematológico y obstétrico, de manera que ante dos determinaciones posteriores negativas, como es el caso, deberían hacerse nuevas determinaciones y ante la duda, el seguimiento obstétrico debe ser en “*en consultas de alto riesgo*”. A lo dicho añade que dados los resultados devastadores y prevenibles, se considera “*coste/eficaz hacer seguimiento de estos casos para prevenir cuadros de anemia grave*”.

Lo expuesto por el especialista en Hematología resulta corroborado por los protocolos médicos que obran en el expediente tanto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia como de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular, de los que se desprende, como recoge la Inspección Sanitaria en su informe que “*toda gestante sensibilizada con capacidad de provocar enfermedad hemolítica del feto y recién nacido requiere una valoración y un seguimiento especial*”. Los protocolos detallan las actuaciones a seguir que pasan por el estudio

paterno, test fetales en sangre materna y todas las encaminadas a estudiar la posibilidad de la presencia de anemia (estudios ecográficos seriados, estudio doppler de la velocidad sistólica de la arteria cerebral media fetal...).

En definitiva, no cabe duda, a la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, que las actuaciones médicas no se adecuaron en todo caso a los protocolos establecidos, que exigían un seguimiento más exhaustivo y especializado de la gestación que el que se realizó a la reclamante, por lo que este Consejo Consultivo, siguiendo el criterio recogido en la propuesta de resolución, entiende que procede estimar la reclamación.

No obstante, de acuerdo con los informes médicos que obran en el expediente, debe descartarse en este caso el retraso en la práctica de la cesárea denunciada por los reclamantes y su influencia en el fatal desenlace. Ninguna nota negativa deduce la Inspección Sanitaria de esta concreta actuación. Según la historia clínica, el recién nacido no presentó signos de asfixia perinatal, sino que las causas del fallecimiento se encuentran en el grave cuadro de hidropesía fetal no relacionados con la asistencia dispensada durante el parto.

**QUINTA.-** Procede a continuación, de conformidad con el artículo 12.2 del RPRP, la valoración de los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse por imperativo del artículo 141.3 de la LRJ-PAC con relación al momento en que la lesión efectivamente se produjo, esto es, el 9 de junio de 2012, fecha del fallecimiento del hijo y hermano de los reclamantes.

Este Consejo Consultivo con apoyo en la jurisprudencia que viene aplicando, con carácter orientativo, para la cuantificación de los daños físicos y los de índole moral asociados a éstos, los criterios de baremación establecidos en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la

Circulación de Vehículos a Motor, plasmados actualmente en el Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre así como las actualizaciones anuales de sus tablas conformadoras (así nuestros dictámenes 362/11, 458/11 o 93/12, entre otros muchos). La utilización de estos criterios de baremación nos ha permitido afrontar con objetividad la difícil tarea de valoración del daño, fundamentalmente cuando se trata de cuantificar el sufrimiento o dolor de una persona por el fallecimiento de un ser querido.

Los criterios orientativos establecidos para los accidentes de circulación contemplan las indemnizaciones básicas por muerte (incluidos daños morales) en función de la edad de la víctima y establecen distintos grupos de “*perjudicados/beneficiarios*”. De esta manera la Resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2012, el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, contempla en su Tabla I “Indemnizaciones básicas por muerte incluidos daños morales”, como grupo IV el de “victima sin cónyuge ni hijos y con ascendientes”.

Los criterios que acabamos de apuntar son los que sigue el informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud y el que acoge la propuesta de resolución, respecto a los que ninguna objeción debemos formular. Así pues consideramos razonable la indemnización de 102.177 euros para los padres y de 18.577 euros para la hermana, por el fallecimiento de su hijo y hermano.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación y reconocer a los interesados el derecho a percibir una indemnización de 102.177 euros para los padres y de 18.577 euros para la hermana.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 4 de febrero de 2015

