

Dictamen n.º: **446/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.10.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de octubre de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero 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 D., en su propio nombre y en el de su hijo, D., Dña. y D. (en adelante, todos ellos “*los reclamantes*” o “*los interesados*”) por la deficiente asistencia sanitaria dispensada a Dña. (en adelante “*la paciente*”) en el Hospital Universitario de Getafe, al considerar que su fallecimiento se produjo por un incorrecto manejo del parto y puerperio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de julio de 2017 se presentó en el registro de la Consejería de Sanidad la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados, bajo dirección de su abogado, en la que solicitaban una indemnización por las lesiones y daños derivados del fallecimiento de la paciente, acaecido el 30 de julio de 2016 en el Hospital Universitario de Getafe, donde ingresó el día 29 del mismo mes y año de forma programada para inducir el parto.

La reclamación relataba cronológicamente la asistencia recibida por la paciente desde su ingreso a las 9 horas y 25 minutos del citado día. Así, concretaba que tras el ingreso, la gestante fue trasladada a dilatación. A las 19 horas y 30 minutos se le administró anestesia epidural y a las 21:30 horas, siempre según el escrito de reclamación, oxitocina. La rotura artificial de membranas tuvo lugar a las 22 horas, a las 23 horas se procedió a la monitorización interna y a las 00 horas se alcanzó la dilatación completa.

A las 00 horas y 30 minutos se produjo el nacimiento de un varón con una vuelta de cordón y un test de Apgar de 6/7. La paciente presentaba un sangrado de cavidad tras sutura de episiotomía y tacto vaginal-rectal normal, de modo que ante la sospecha de atonía uterina se administraron oxitocina, methergín IV y misoprostol recta. La analítica realizada mostraba anemia y, señala el escrito, el ginecólogo no fue avisado hasta las 1 hora y 20 minutos, comprobando la vacuidad uterina y el sangrado de la episiotomía y de la cavidad. A las 2 horas y 35 minutos la paciente fue trasladada a quirófano, activándose el protocolo de hemorragia masiva e insertándole balón de Bakri para control hemostático junto con transfusiones de hemoderivados. A las 3 horas y 5 minutos, la paciente presenta hipotensión y braquicardia extrema, de modo que se llevan a cabo maniobras de reanimación cardio-pulmonar y se inicia histerectomía obstétrica con politrasfusión. A partir de las 5 horas y 15 minutos, la paciente sufre múltiples paradas cardíacas hasta que a las 7 horas se avisa a los cirujanos por coagulopatía y distensión abdominal, con paciente en parada cardíaca y con masaje externo no efectivo. El fallecimiento se produce a las 7 horas y 20 minutos.

Los reclamantes señalan que se procedió a estimular injustificadamente la contractilidad uterina rompiendo la bolsa de aguas

y administrando oxitocina, lo que predispuso a una taquisistolia y a una pérdida de bienestar fetal. La hipercontractilidad uterina durante el parto predispuso a la atonía uterina post parto resistente a la administración de fármacos útero-tónicos. Además, se produjo una demora clamorosa en la administración de hemoderivados e indicación de la histerectomía es decir, un incorrecto manejo de la evolución patológica del puerperio.

En consecuencia y por todos los conceptos, solicitan una indemnización de 338.836 euros.

Se acompañan a la solicitud historia clínica de la paciente, libro de familia y dictamen pericial por médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Con posterioridad, el 5 de octubre de 2017, a requerimiento del órgano instructor, los reclamantes aportan informe de autopsia provisional del Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción nº 4 de Getafe e informe de Histopatología del Instituto Anatómico Forense de Madrid.

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

La paciente, de 31 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, con una evolución normal en su proceso de gestación según las diferentes hojas de control y evolución incorporadas a su historia clínica en el Hospital Universitario de Getafe, y con una fecha probable de parto el 19 de julio de 2016, ingresa programadamente en el citado hospital el 29 de julio de 2016 para llevar a cabo una inducción al parto, con consentimiento informado que rubrica el mismo día.

Se procede a administrarle dicoprostona (Propess) por vía oral para mejorar las condiciones cervicales, hasta las 21:30 horas, en que se decide la retirada del fármaco al observar desaceleraciones variables y

dinámica de parto. Como consta en los informes incorporados al procedimiento, a las 22 horas se indica la rotura artificial de membranas por la persistencia en las desaceleraciones, observándose líquido amniótico meconial. El parto, con extracción manual, tiene lugar a las 00:30 horas, naciendo un varón de 3 kilos y 885 gramos, que presenta un test de Apgar de 6/7. Se utilizan fórceps ante el riesgo de pérdida del bienestar fetal y se realiza episiotomía.

Tras revisión del canal de parto y anal, se avisa a la 1 hora y 20 minutos de paritorio y se objetiva sangrado de cavidad uterina. Ante la sospecha de atonía uterina y previa confirmación ecográfica de útero vacío, se administran 30 unidades de oxitocina, 2 ampollas de methergin y 8000 mcg fde misoprostol rectal. A las 2 horas y 50 minutos, ante el diagnóstico de hemorragia postparto, consta la inserción de Balón de Bakri (taponamiento mecánico con balón intraútero) y trasfusión de concentrados de hematíes y plasma fresco congelado. No se consigue control del sangrado y se inicia histerectomía obstétrica a las 3 horas y 15 minutos, que finaliza a las 5 horas. Se deja packing en cavidad abdominal por persistencia de sangrado en sábana a nivel de cúpula vaginal, avisando al Servicio de Cirugía Digestiva para el cierre de pared abdominal. Durante la cirugía y posteriormente, como resulta de la historia clínica y del informe de cardiólogo, la paciente sufre diversos episodios de parada cardiorrespiratoria y bradicardias con recuperación tras masaje cardíaco y adrenalina. Se pauta el tratamiento médico de la coagulopatía con medidas transfusionales y fármacos hemostáticos. Tras más de cuatro horas de reanimación cardiopulmonar, presenta actividad eléctrica sin pulso, aumento de acidosis y fallo multiorgánico, suspendiéndose las maniobras de reanimación y acaeciendo el fallecimiento a las 7 horas y 20 minutos.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de

Salud el 21 de julio de 2017, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP).

Se incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital de 8 de enero de 2018 en el que se manifiesta que *“La elección del método de inducción se decide en función de las características clínicas del cérvix y la presentación fetal, siendo en este caso un Bishop de 3, eligiendo como método la administración de prostaglandinas Propess (Dicoproston). No se indica en este momento ni en ningún otro estimulación con oxitocina durante el parto por presentar dinámica regular (3-5 contracciones / 10 min) y progresión adecuada en la dilatación tal como está reflejado en el partograma ...En todo momento, al tratarse de un parto instrumental estuvo el ginecólogo presente en el parto y en el puerperio. En el puerperio inmediato, tras revisión del canal de parto y sutura de episiotomía, se objetiva sangrado de cavidad uterina, ante la sospecha de atonía uterina y previa confirmación ecográfica de útero vacío, se inicia tratamiento médico del sangrado según protocolo.*

El resultado histopatológico de la necropsia informa de embolia de líquido amniótico,, es un síndrome imprevisible, inevitable y raro. Por lo que nuestra actuación en todo momento fue acorde a la situación clínica encontrada y siguiendo las directrices de los protocolos de la SEGO”.

Consta asimismo informe complementario de la Dirección Médica del hospital, de 24 de agosto de 2017, donde se relatan pormenorizadamente las actuaciones llevadas a cabo por Cardiología de

Urgencias tras la parada cardíaca intraoperatoria y las sucesivas paradas que sufre la paciente.

Se aporta igualmente informe del Servicio de Anestesia y Reanimación, donde se manifiesta que fueron avisados a la 1:20 horas y que *“se solicitan hemoderivados a banco de sangre y se pasa a quirófano para revisión quirúrgica y hemostasia (2:35 am) por sangrado persistente... A las 2.50 am los ginecólogos insertan balón de Bakri para control hemostático, iniciándose también transfusión de hemoderivados...De 3:15 am a 5 am se realiza histerectomía abdominal y packing por parte del Servicio de Ginecología y Cirugía General, durante lo cual se siguen administrando hemoderivados y fármacos hemostáticos ...”*

Para la Inspección Sanitaria, cuyo informe fue requerido en la instrucción del expediente, la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis* y a la *lex artis ad hoc*, puesto que *“los pasos seguidos se valoran como dentro de lo que contemplan las especialidades y protocolos para estos casos. En la realidad planteada en aquel momento, los especialistas fueron actuando conforme a la situación clínica que se mostraba. Se da por cierto que existió embolia de líquido amniótico (cuadro abrupto e impredecible de muy alta mortalidad) pero lo sustancial aquí es poder valorar si las medidas adoptadas de corrección de los graves cuadros clínicos que se presentaban eran las pertinentes ... se valora el caso , en definitiva, como que sí fueron adoptadas mayoritariamente estas medidas y los tiempos de actuación como razonables”*

Además, señala la Inspección Médica que *“el método de inducción reseñado en la Historia en el Documento de Inducción y otros consistió en la aplicación de Dinoprostona (Propess)”* y reseña que *“la histerectomía subtotal o total es la opción terapéutica más radical, por lo que no debe*

considerarse una técnica de primera elección sino de rescate en caso de fracaso de técnicas conservadoras”.

Por su parte, constan en el procedimiento el informe de autopsia provisional del médico forense de 31 de julio de 2016, en el que se concluye que la paciente fallece *“a consecuencia de una hemorragia masiva postparto”*, así como el Informe del Servicio de Histopatología del Instituto de Toxicología y Medicina Forense de 1 de diciembre de 2016 que, como diagnóstico histopatológico principal alude a una *“embolia de líquido amniótico”*.

Concluida la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes, que presentaron escrito de fecha 30 de julio de 2018 incorporando una adenda suscrita por especialista en Ginecología y Obstetricia, en la que se cuestiona el contenido del informe de la Inspección Médica y se reafirma lo señalado en el escrito de reclamación en relación con la ausencia del ginecólogo entre las 00 horas y 30 minutos y la 01 horas y 20 minutos, así como el contenido restante de dicho escrito.

El 17 de junio de 2019 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, que desestimó la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria había sido correcta y adecuada a la *lex artis* al haberse seguido las directrices de las guías diagnósticas y protocolos estandarizados en cuanto a la indicación de las técnicas diagnósticas pertinentes.

CUARTO.- Por escrito dirigido, por delegación, por el viceconsejero de Sanidad, de 3 de julio de 2019, -con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 4 de julio-, se formuló preceptiva consulta a dicho órgano.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 337/19, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de octubre de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación -en soporte CD-, 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 superior a 15.000 euros y por solicitud delegada del consejero 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, está regulada en la LPAC, según establece su artículo 1.1. Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4

de la LPAC y el 32.1 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su esposa, madre y hermana respectivamente. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con la fallecida mediante copia del Libro de Familia. Actúan representados por un abogado y ha quedado debidamente acreditada dicha representación mediante la aportación de la correspondiente escritura de poder.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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 (*ex* artículo 67 LPAC). En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta en plazo legal, pues se presentó el 21 de julio de 2017, mientras que el fallecimiento de la paciente tuvo lugar el 30 de julio de 2016.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a las reclamantes, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que presentaron escrito de alegaciones.

Y finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC

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 art. 106.2 de la Constitución Española, que 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, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ- PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

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

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

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

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta. (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más

variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

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

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que “(...) *no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

CUARTA.- En 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”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria,

sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal. Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: *“La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del

tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Los interesados aportan como prueba un Dictamen pericial de un especialista en Ginecología y Obstetricia. Sin embargo, el citado informe parte de una premisa que no consta en la historia clínica de la paciente ni reportan los diferentes informes clínicos incorporados al procedimiento. En efecto, señala el referido especialista que *“se procedió a estimular injustificadamente la contractilidad uterina rompiendo la bolsa de aguas y administrando oxitocina sin que existiera un retardo en la dilatación lo que predispuso a una taquisistolia y a una pérdida de bienestar fetal....La hipercontractilidad uterina durante el parto*

predispuso a la atonía uterina post parto resistente a la administración de fármacos útero-tónicos” Sin embargo, no se documenta en la historia clínica la administración de oxitocina en el procedimiento de inducción al parto, de modo que el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital señala tajantemente que “no se indica en este momento ni en ningún otro estimulación con oxitocina durante el parto por presentar dinámica regular...y progresión adecuada en la dilatación tal y como está reflejado en el partograma”. De igual modo, afirma el referido servicio que “en el RCTG a las 23 horas no se objetiva taquisistolia en el partograma. Hay que tener en cuenta que la definición de taquisistolia por la ACOG (asociación americana de ginecólogos y obstetras) que figura en el protocolo de inducción al parto (2013)SEGO es: dinámica uterina con 6 o más contracciones en 10 minutos sobre un promedio de al menos 30 minutos..”. La propia Inspección Médica en su informe también señala que el método de inducción señalado en la historia “consistió en la aplicación de Dinoprostona (Propess)”

Igualmente, frente al reproche efectuado por las reclamantes en relación con la decisión médica de no acudir inmediatamente a la histerectomía, cabe oponer que, como señala la propia Inspección Médica, en relación con la hemorragia postparto “el balón intrauterino se considera mayoritariamente el siguiente paso a seguir en caso de fracaso del tratamiento médico”, sin perjuicio de que, ante un eventual resultado fallido en su aplicación, se acuda a la histerectomía como opción más radical, como ocurre en el presente supuesto, donde se respeta el protocolo de intervención en supuestos de hemorragia obstétrica masiva. De igual modo, el citado protocolo contempla las correspondientes transfusiones de hemoderivados, hematíes y plasma que, como corroboran tanto la historia clínica como los diferentes informes incorporados al procedimiento en los términos antes reseñados, recibió la paciente durante las sucesivas actuaciones, sin que las alegaciones

contenidas en el dictamen pericial de parte desvirtúen los registros contenidos en la historia clínica de la paciente, documentos que tampoco permiten colegir la ausencia del ginecólogo durante el protocolo de intervención en los términos reseñados en el escrito de reclamación.

En este sentido el médico inspector concluye que en la asistencia sanitaria prestada a la paciente por los Servicios de Obstetricia y Ginecología y de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario de Getafe *“se valora que no se ha vulnerado la buena práctica, considerándose que se han adoptado razonablemente las medidas pertinentes al muy grave caso planteado, aunque hayan resultado infructuosas”*

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria 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”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

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 30 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 446/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid