

Dictamen nº: **204/20**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.06.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de junio de 2020 emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por un abogado en nombre y representación de Dña. .... y D. ...., en adelante “*los reclamantes*”, por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de Torrejón en relación con el control arterial del embarazo de la reclamante y la falta de información en el destino del feto tras la interrupción del embarazo.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 16 de mayo de 2018, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de Torrejón en relación con el control arterial del embarazo de la reclamante y la falta de información a ambos reclamantes en el destino del feto tras la interrupción del embarazo.

Refiere que la reclamante, de 30 años de edad en el momento de los hechos, tenía como antecedentes clínicos de interés un embarazo con parto a las 36 semanas con feto vivo con rotura prematura de membrana, e hipertensión arterial esencial (no se conoce la causa) diagnosticada en el 2014 por la que seguía tratamiento con dos fármacos, e hipotiroidismo.

Indica que, en el año 2017, se quedó embarazada y comenzó seguimiento en su ambulatorio de Loeches y en el Hospital de Torrejón por embarazo en paciente con hipertensión arterial crónica, donde se programaron las consultas de seguimiento pertinentes.

Señala que, en estas circunstancias, el 28 de agosto de 2017, la paciente presentó un aumento de la tensión arterial hasta 140/97 por lo que se pautó un aumento de la dosis de Aldomet a 250 mg/8h y se introdujo Adiro y que, además, se advirtió a la paciente de que si los niveles tensionales superaban 140/90 debía comunicarlos.

Explica que los siguientes controles fueron normales, que se estaba consiguiendo mantener la tensión de la paciente dentro los parámetros que se habían marcado, hasta el 24 de octubre de 2017 (semana 21) en que la reclamante presentó una TA de 169/114 y, sin embargo, se la dejó marchar a su domicilio, sin ninguna medida terapéutica adicional.

Asimismo, significan que hasta ese momento los controles ecográficos informaron de un percentil de crecimiento del feto normales y reproducen el siguiente párrafo del informe emitido en esa fecha:

*“[...] El índice de pulsatibilidad medio de las arterias uterinas se encuentra por encima del percentil 95. Esto quiere decir que el riesgo de preeclampsia y de retraso del crecimiento están incrementados con respecto a la población general, aunque lo más probable es que no llegue a surgir ninguna complicación”.*

Consideran que una actuación médica correcta hubiera supuesto que, en virtud de la elevadísima tensión arterial de la madre (1669/114) y el índice de pulsatibilidad de las arterias uterinas elevadas (hipertensión severa), se instara el ingreso de la paciente en el centro hospitalario y se administrara tratamiento farmacológico para tratar de descender sendos indicadores y que, no obstante, esto no ocurrió.

Señalan que el 6 de noviembre de 2017, encontrándose la paciente en la semana 22 + 6 de gestación, los reclamantes acudieron a un nuevo control gestacional desde donde fueron derivados al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón por cifras elevadas de tensión arterial, 170/100 y que la gravedad de la situación requirió, esta vez sí, el ingreso hospitalario de la paciente.

Indican que una vez allí, se realizó una ecografía ginecológica que informó de un crecimiento fetal retardado con líquido amniótico disminuido y flujo de arterias uterinas patológicas. Además, en los análisis se encontró el índice de proteinuria/creatinina elevado. Al tratamiento hipertensivo previo se añadieron 100 mg de labetalol cada 8 horas, y se realizó amniocentesis sin complicaciones, pero se precisaron bolos de labetalol para el control de la tensión arterial.

Explica que la paciente comenzó con cefalea y oliguria, síntomas del desarrollo de una preeclampsia grave, por lo que finalmente se decidió inducir el parto el 8 de noviembre de 2017, pero la niña, falleció el mismo día de su nacimiento.

Refiere que, pese a la inducción al parto y el desgraciado fallecimiento del bebé de los reclamantes, la madre se encontraba en una situación de riesgo vital por lo que se decidió ingreso en UCI para monitorización hasta el 11 de noviembre de 2017.

Indica que una vez provocado el parto, los médicos llamaron al reclamante para informarle de que el bebé había fallecido y mostrárselo, y que éste, consternado con la situación, acudió posteriormente a hablar con su mujer sobre el destino del destino del cuerpo: enterrarlo o incinerarlo, pero una vez tomada la decisión y cuando quisieron disponer del cuerpo, los facultativos les indicaron que se habían deshecho de él.

Señala que los reclamantes nunca fueron informados sobre el destino del cadáver, ni firmaron autorización ni consentimiento para destinarlo a ninguna finalidad concreta, y que durante los tres días más que la paciente siguió ingresada, trataron de preguntar a diferentes doctores o incluso hablar con alguien de la dirección del hospital que les informara sobre el destino del cuerpo de su hija, sin embargo nadie lo hizo. En cambio, recibieron respuestas tales como, *"¿es que lo queráis?, ¿para qué?"*.

Añade que el 14 de noviembre de 2017 la reclamante recibió el alta y regresaron a casa sin saber que había ocurrido con el cuerpo.

Precisa que de los hechos descritos se desprenden los siguientes actos médicos negligentes:

- 1) Deficiente control de la tensión de la paciente.

Considera que con las cifras tensionales que la reclamante presentó el 24 de octubre de 2017 se debió indicar el ingreso de la paciente y administrarle tratamiento farmacológico para estabilizar la tensión arterial.

Entiende que, en el caso de la reclamante, dado que el 24 de octubre de 2017 presentó una TA de 169/114 y el índice de pulsatibilidad de las arterias uterinas elevadas, en lugar de ingresarla en el hospital para tratar de bajar estos niveles, no se hizo nada al

respecto, siendo el 7 de noviembre de 2017, 14 días después, ingresada de urgencia por hipertensión severa y crecimiento intrauterino retardado (CIR) tipo 1 del feto.

Considera que de lo anterior se infiere que, si se hubiera administrado tratamiento en tiempo y forma, esto es el 14 de octubre, se hubiera podido estabilizar las cifras tensionales de la paciente, evitado el retardo del crecimiento fetal y haber salvado la vida del bebé.

2) El Hospital de Torrejón se ha deshecho del cuerpo de la hija de los reclamantes sin informar a los padres ni recoger su autorización para un destino concreto.

Reitera que los reclamantes no fueron informados sobre el destino del cuerpo de su bebé fallecido, de tal modo que cuando quisieron disponer de él para enterrarlo, el Hospital de Torrejón ya no lo tenía, y que desconocen que ha pasado con el cuerpo, si se ha tratado como residuos orgánicos, si se ha incinerado, inhumado o destinado a la ciencia, siendo el hecho cierto que cualesquiera de estas finalidades no han sido informadas a los padres ni han contado con su autorización expresa.

Indica que esta actuación ha causado a los reclamantes un innegable daño moral.

Entienden que es absolutamente necesario que se indemnice de forma justa y adecuada a la verdadera entidad del daño causado y hacer ello compatible con un criterio objetivo y defendible, el baremo recogido en la Ley 35/2015 de 23 de septiembre de 2015.

Solicitan una indemnización de 200.000 euros desglosada del siguiente modo:

- 70.000 euros para cada progenitor en concepto de perjuicio personal particular.

- 60.000 euros en concepto de daño moral.

Aportan escritura de poder general para pleitos, diversa documentación médica, una foto del feto y copia de la cartilla materno-filial.

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

El día 9 de agosto de 2017:

*“... Antecedentes personales...HTA. Tto: amlodipino 10 mg 0-0-1.”*

Con fecha 28 de agosto de 2017:

*“Evolución. 1 trimestre: EGA 15+4 EG-Eco: 12+6 FUR: 11/05/2017 FUR-Eco: 30/05/2017. Exploración física: TA: 140/97...Riesgo gestación: riesgo intermedio... solicito control de función tiroidea al mes y control de TA diaria que aportará en próxima consulta. Si TA >140/90 debe comunicarlo. Control por MAP. Cito en 1 mes. Introduzco ADIRO 100 mgr por la noche hasta semana 35”.*

El día 12 de septiembre de 2017:

*“consulta no presencial para resultados. Analítica con perfil tiroideo normal, TSH y T4 normales. Ac antitiroideos negativos”.*

El 28 de septiembre de 2017:

*“2º trimestre: EGA: 20+0 EG-Eco: 17+2... TA: 139/93... Riesgo gestación: Alto riesgo...Edemas no maleolares: no...Analítica 2do*

*trimestre: solicito perfil de preeclampsia grave para ver en eco 20...Observaciones tratamiento: 143/94. Aporta TA domiciliarias alrededor de 80-90 y sistólicas entre 100-130”.*

El día 11 de octubre de 2017 consta informe de laboratorio con fecha de solicitud 28 de septiembre de 2017 y fecha de extracción 11 de octubre de 2017: “... índice proteinuria/creatinuria 0,20...”

Con fecha 24 de octubre de 2017:

*“Tratamiento habitual: Aldomet 250/12 h, ácido fólico y yodo...EGA: 23+5 EG-Eco: 21+0...TA: 169/114... acude a eco 20. Aporta controles en domicilio de Ta en rango, diastólicas entre 85-90. En enfermera algo más elevadas pero ninguna por encima de 90... Analítica 2do trimestre: perfil de preeclampsia normal. IPC 0,20... Ecografía: crecimiento en percentil 5...Observaciones tratamiento: 159/109... cito control en ARO en dos semanas para ver control de crecimiento fetal y objetivas CSP (no visible hoy). Explico toma de TA adecuada (se las toma tumbada en casa) y cito en dos semanas para control de tensiones”.*

En la misma fecha, 24 de octubre de 2017, consta Ecografía de Alta Resolución:

*“edad gestacional: 20 semanas + 6 días... el crecimiento fetal es adecuado a la edad gestacional, los movimientos fetales está presentes y el volumen de líquido amniótico es normal...El índice de pulsatilidad medio de las arterias uterinas se encuentra por encima del percentil 95. Esto quiere decir que el riesgo de preeclampsia y de retraso del crecimiento están incrementados con respecto a la población general, aunque lo más probable es que no llegue a existir ninguna complicación. Sin embargo, recomendamos control de*

*tensión arterial semanal y realizaremos ecografías de crecimiento fetal en las semanas 28, 32 y 36...”*

Con fecha 6 de noviembre de 2017, 12:40, consta informe de alta en Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón:

*”Tto médico habitual: Aldomet 250/12 horas. Ac fóllico y yodo... gestante de 22+6 semanas que acude a urgencias por TA elevadas, hoy de 170/100. Paciente con HTA crónica, vista en consulta solicitados controles y analítica que de momento eran normales. En tto con Aldomet 250mg/8h, aporta controles tensionales de noviembre con sistólicas de hasta 150 y diastólicas de 100. No clínica preeclámpsica. No sangrado vaginal. No sensación de pérdida de líquido... TA en urgencias 181/110. ECOGRAFÍA: feto en podálica MCF + LA subjetivamente disminuido...doppler uterina izquierda 1,34, uterina derecha 1,02. Plan: perfil de preeclampsia, control TA seriado, Labetalol bolo 20 mg IV. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ...ÍNDICE PROTEINURIA/CREATINURIA, 1,16. Exploración física: Al ingreso: fecha 06/11/2017 12:50-TAS: 155, TAD:110, FC 86... Comentario y Evolución: 15:03. (...) Se comenta el caso con medicina interna, se decide añadir Labetalol 100/8h, se solicita proteinuria de 24 h, cita para revisión en consulta, se administra otro bolo de labetalol en urgencias porque continúa con TA de 150/90... 16:28. (...): Comentado el caso en el servicio de Obstetricia se decide ingreso para estudio de preeclampsia precoz + CIR... Diagnóstico: Crecimiento intrauterino retardado (CIR) tipo 1. En la ecografía de hoy el crecimiento fetal está por debajo del percentil 3 para la edad gestacional... el ductus venoso es positivo y la diástole umbical conservada. Las arterias uterinas persisten patológicas... se ha explicado que la causa más probable ante estos hallazgos es la insuficiencia placentaria, en conjunción con su recién diagnosticada preeclampsia (índice P/C 1,5)... se le ha explicado el pronóstico fetal y la enfermedad materna y se ha ofrecido la posibilidad de realizar*



*una amniocentesis que la paciente acepta... se decide ingreso para estudio y control de TA con aldomet 250/8h y labetalol 100/8h en principio vía oral. Se comenzará a recoger orina de 24 h... Tratamiento en el hospital: ALDOMET...TRANDATE. Impresión diagnóstica: Preeclampsia Leve.”*

Con fecha 6 de noviembre de 2017, figura informe de laboratorio:

*“fecha de extracción 06/11/2017...índice proteinuria/creatinuria 1,16...”.*

Consta en la hoja de evolución de fecha 6 de noviembre de 2017:

*21:56:00. Dra. (...): “Preeclampsia grave. Avisan para valorar a la paciente con TA 175/119. Acudimos a valorar a la paciente a la habitación. Refiere mareo y leve molestia hipogástrica. No fotopsias. Leve edema de MMII sin fóvea. Metildopa VO a las 19 horas. Labetalol 100 mg VO hace menos de 1 horas. Preeclampsia grave. Hablamos con Medicina Interna para ajuste de tratamiento. PLAN: LABETALOL 20 mg, un bolo ahora. Control de TA en media hora (valoraremos nuevos bolos hasta control TA). LABETALOL 200 mg vía oral cada 8 horas. ALDOMET 250 mg, un comprimido vía oral cada 8 horas, intercalado con el labetalol... (...) 22:13:00. Dra. (...): “Preeclampsia grave. Evolución: posología de los bolos de labetalol: iniciar la medicación con un bolus ev lento (1-2 minutos) de 20 mg. Repetir al cabo de 2º minutos si no se controla la PA doblando la dosis (40, 60, 80 mg. No sobrepasar los 200 mg). Seguir con perfusión continua (dosis comprendida entre 50-400 mg/6h). Objetivos tensionales. Mantener TAS 140-155 y la TAD entre 90-105 (...) 23:01:00 Dra (...): “TA 144/88. PLAN: TRATAMIENTO ORAL CADA 4 HORAS (ALTERNANDO Labetalol con alfametildopa). Si TA diastólica >100 avisar. Control TA 2-3 veces por turno”.*

El día 7 de noviembre de 2017: "(...) 8:06:00, Dra. (...): "Avisan de la planta por TA de 152/97. Le acaban de dar el labetalol. Refieren ha orinado 50 cc en toda la noche. Insisto en control hidroelectrolítico y recogida de orina 24h. Volver a evaluar diuresis a lo largo de la mañana. Tomar TA de nuevo en 30-45 min tras el labetalol (...) 9:48:00, Dra. (...): "23 semanas. HTA + Preeclampsia injertada. En proceso de recogida de orina 24 h. diuresis de 50 cc desde las 20.30h... TA: 22h: 185/115. Se administra bolo de labetalol 20 mg iv. 23h 143/88. 0h 144/86. 0,30h 145/90. 4h 134/85. Se administra Aldomet 250 mg. 7,30h 150/95. Se administra labetalol 100 mg vo. PLAN: se decide traslado a paritorio para control estricto de tensión y balance hídrico... (...) 10:01:00, Dra. (...): "Amniocentesis: procedimiento sin complicaciones...muestra de líquido amniótico, amarillo claro... complicaciones: ninguna...se realiza biopsia corial sin incidencias (...) 13:56:00, Dra. (...): "Inicia con cuadro de cefalea. Dado la dificultad en control de tensiones se decide inicio de Sulfato iv. Se habla con anestesia para informar de situación. Se habla con UCI para traslado. Hablo con la gestante del mal pronóstico materno y fetal y del riesgo vital que entraña la situación actual para ella. Explico que dada la situación previsible del feto habría que optar por una terminación de la gestación. La gestante entiende pero prefiere esperar a que vuelva su marido para tomar la decisión". 15:05:00: "PLAN: se inicia labetalol en bomba (100 mg/6h; 20 ml/h). Control de reflejos y frec respiratoria. Mantener una diuresis > 30-40 ml/h. Mantener una perfusión iv de 100-200 ml/h. Se explica situación a marido también y deciden ILE. Se solicita mifepristona. Se da CI que firman". 15:34:00: "Se explica situación de la paciente a medicina intensiva que acepta el traslado. La paciente y su pareja deciden interrumpir la gestación y firman consentimiento informado de ILE que se archiva. Se administra 200 mg de Mifepristona vía oral. Se explica a la paciente protocolo de inducción de parto. Magnesemia: 4,5 (dentro de rango), por lo que se comienza administración de 1 gm de sulfato de Mg a la hora".

*20:54:00: “ANESTESIA. Se nos informa caso de la paciente. 30 años. Embarazo de 23 semanas, preeclampsia grave. Manejo con perfusión de labetalol + sulfato de magnesio. Prevista inducción del parto. En reunión conjunta con ginecología y UVI se decide llevar control por parte de ginecología en paritorio y en caso de alguna complicación trasladar a UVI”.*

El día 8 de noviembre de 2017 constan las siguientes anotaciones en la hoja de evolución: “9:32:00:

*“...Primera dosis de cytotec puesta a las 8:00 am. Nueva dosis a las 12:00 horas”. 11:16:00: “ANESTESIA DE GUARDIA... ayer se inicia inducción de parto. Perfusión de labetalol (1mg/ml) a 33 mg/h con mal manejo de TA (160-165/95-100 mmHg). Perfusión de sulfato de magnesio a 44 ml/h (1gr/h). Por consenso multidisciplinar (ginecología, anestesiología y medicina intensiva) se decide que la paciente continuará en sala de dilatación hasta finalización de parto. Actualmente no presenta clínica neurológica (...)11:49:00: “MEDICINA INTENSIVA... a su llegada a urgencias (12:50) presenta TA 150/90. Se realiza analítica urgente: no insuficiencia renal, no trombopenia, no signos de hemólisis y proteinuria (170 mg/dl) e índice proteinuria/creatinuria 0.56... ecografía que objetiva CIR tipo 1... Desde el inicio de la medicación iv, no ha presentado en ningún momento cifras de TAS > 160 y TAD > 110... no otros criterios de gravedad (persiste sin hemólisis, trombopenia, edema agudo de pulmón, hipertransaminemia o síntomas persistentes de eclampsia)... El día 8/11... sin insuficiencia renal, LDH 364, transaminasas normales (GOT 23 y GPT 29), plaquetas 165000. Ya no refiere cefalea y fotopsias, que presentó de forma puntual ayer. Diuresis desde las 15 horas en que se traslada a paritorio de 1300 ml...(...) 15:45:00: “...se palpan partes fetales en vagina, se procede*

*a amniorrhexis... sale en bloque feto y placenta... Peso fetal en paritorio 400 gr.”*

En el informe de alta de fecha 11 de noviembre de 2017, de Medicina Intensiva se hace constar:

*“La evolución de la paciente durante su estancia en la Unidad ha sido satisfactoria...hemodinámicamente se mantiene estable...en el momento actual sus TA habituales son (135-150/80-85)... ha presentado diuresis amplia espontánea... se ha mantenido eupneica... no insuficiencia renal, no trastornos iónicos... ha iniciado sedestación y tolerancia oral... se decide alta a planta a cargo de Obstetricia”.*

Con fecha 14 de noviembre de 2017, figura informe de alta de Obstetricia:

*“Gestante de 22+6 semanas que acude a urgencias por TA elevadas de hasta 170/100 en los últimos días a pesar de tratamiento con aldomet 250/8 horas. Seguimiento en consulta de alto riesgo con control analítica hacía 15 días normal descartándose preeclampsia en ese momento. Diagnóstico en semana 20 de CIR de aparición precoz con estudio TORCH negativo. IP medio de Arterias Uterinas >p95.... TA en urgencias 181/110... Dado el mal control tensional, el día 7/11/2017 y la presencia de oliguria se decide traslado a paritorio para control estricto... la paciente y su pareja optan por interrupción legal del embarazo. Se administra mifepristona y misoprostol vía vaginal para finalizar la gestación. El día 7 de nov se asiste al expulsivo sin incidencias Durante el ingreso se inicia tratamiento con doxazosina, furosemida, atenolol, amlodipino y enalapril consiguiéndose TA entre 140- 150 de sistólicas y 90-95 de diastólicas. Es valorada por medicina interna y nefrología decidiéndose alta domiciliaria el día 14 de noviembre de 2017”.*

Con fecha 7 de diciembre de 2017, consta Informe de biopsia:

*“Muestra A: feto de 23 semanas y placenta. Peso y talla fetal adecuados para la edad gestacional/no se observan malformaciones fetales. Tejido placentario/microcalcificaciones/hiperplasia sincitial/hipervascularización vellosidades coriales en probable relación al estado clínico patológico”.*

En hoja de evolución de fecha 12 de diciembre de 2017 figura:

*“acude a control (...) refiere que anímicamente bien, aunque tanto ella como su pareja estaban muy ilusionados con ello y lo piensan mucho...explico que está contraindicado la toma de ACHO con HTA. Explico diferentes métodos hormonales con solo gestágeno: implante o minipíldora vs Diu de cobre. Se lo pensará, por ahora cuando tenga la regla comenzará con Azalia diario...”.*

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

Por medio de oficio del Instructor, de fecha 30 de mayo de 2018, se requiere al Hospital Universitario de Torrejón al objeto de que remita la historia clínica de la paciente y el informe del servicio que le prestó asistencia sanitaria, solicitando además que aclaren si la atención fue o no prestada a través del concierto con la Comunidad de Madrid, y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria madrileña.

Por medio de escrito registrado de entrada en el SERMAS el día 22 de mayo de 2019, los reclamantes solicitan el impulso del procedimiento, que reiteran con fecha 22 de agosto de 2019 requiriendo además una copia del expediente completo, incluido el informe de la Inspección y del dictamen pericial de la compañía aseguradora del Hospital Universitario de Torrejón. A continuación, aparece un escrito sin fecha por medio del cual los interesados se reiteran íntegramente en su escrito inicial de reclamación.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se recaba el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón.

En el mismo refiere que la reclamante fue vista por primera vez en el centro el 12 de agosto de 2017, gestante por ecografía de 12.6 semanas y por amenorrea de 15.4, remitida desde Atención Primaria para control de gestación, realizándose todo el protocolo de primera visita en el que se incluye anamnesis, evaluación del riesgo gestacional, cribado de aneuploidías (negativo), ecografía de alta resolución.

Indica que se le detecta un hipertiroidismo subclínico y se le solicita control tiroideo y de anticuerpos para valorar necesidad o no de tratamiento durante la gestación y que la TA es de 140/97, aclarando que la tensión del primer trimestre está relacionada con su patología de base, no con patología asociada en el embarazo, por lo que se le adecúa el tratamiento hipertensivo (Aldomet 250 mg/8h) acorde a los protocolos de control de HTA crónica durante la gestación. Precisa que se le dan recomendaciones respecto a la toma tensional diaria y los motivos de alarma por lo que debe acudir a Urgencias y se le cita el siguiente control en la consulta de alto riesgo (ARO).

Añade que es vista por una experta obstetra que lleva habitualmente la consulta de alto riesgo obstétrico (ARO) y que siguiendo las recomendaciones de la SEGO y NICE, se introduce Adiro

100 mg por la noche, en un intento de disminuir el riesgo de preeclampsia por su riesgo a priori, aunque explica que las gestantes con hipertensión arterial crónica desafortunadamente no suelen responder a este tipo de tratamiento.

Indica que el día 12 de septiembre se le envían por correo los resultados del análisis tiroideo en el que se refleja que no precisa tratamiento puesto que se han normalizado *“(como es habitual)”* las hormonas tiroideas y los anticuerpos son negativos.

Explica que la preeclampsia es una enfermedad del embarazo que se presenta generalmente tras la semana 22; pero como en determinados casos se puede injertar sobre una hipertensión crónica, en el caso de la reclamante se decide realizar una analítica para despistaje de preeclampsia en la semana 20 y que cuando llegue a la consulta ya se tengan los resultados. Aclara que en ese centro de análisis se le llama perfil de preeclampsia grave, no porque siempre lo sea, sino para que todo el mundo pida todas las pruebas que son necesarias en pacientes con HTA gestacional para descartar preeclampsia.

Refiere que la paciente en toma aislada presenta 139/93 pero en casa se ha estado tomando las tensiones de forma seriada con sistólicas entre 110-130 y diastólicas entre 80-90, lo que indica muy buen control tensional en este momento para su patología de base.

Señala que el 24 de octubre, la gestante de 20 semanas es vista de nuevo en consultas de alto riesgo y que la tensión arterial en consulta en ese momento es efectivamente 169/114 en toma única, pero aporta controles domiciliarios seriados en los que las tensiones están en rango de normalidad con diastólicas que en ningún caso superan los 90 mmHg. Añade que la analítica que se ha realizado de preeclampsia el 16 de octubre es negativa, con índice de proteinuria/creatinuria de 0,2

(normal) y transaminasas normales, por lo que en ese momento no presenta clínica compatible con preeclampsia sino con HTA crónica del embarazo.

Afirma que en ese momento el feto no es viable, TORCH negativos y el aumento de peso desde el inicio de la gestación está en rango de normalidad. Añade que ecográficamente se observa un enlentecimiento del crecimiento fetal (en percentil 5) por lo que se le recomienda nuevo control en 2 semanas con un nuevo perfil de preeclampsia y que siga tomándose diariamente la TA y si es superior a 140/90 que acuda a Urgencias. Consta que *“se le adiestra específicamente en cómo debe tomarse la tensión para que no haya errores”*.

El informe explica que de nuevo la actuación médica es correcta, precisando que no existe sintomatología preeclámpsica, feto no viable, analítica normal y que se indicó control en 2 semanas programado para valoración de crecimiento fetal y control diario tensional.

Indica que se trata de una hipertensión crónica controlada en ese momento sin criterios de gravedad ni hipertensión crónica, ni preeclampsia sobreinjerada y que bajo su punto de vista el manejo de su cuadro clínico es adecuado.

Añade que desconocen si de forma previa al embarazo se le avisó de los riesgos que conlleva una hipertensión crónica puesto que no fue vista en esa área hasta la semana 12.

Precisa que la ecografía en ese momento tenía un percentil 5 (es decir solo el 5 % de los fetos son más pequeños que el suyo) lo que se considera un feto pequeño, para edad gestacional y la recomendación fue un control de crecimiento fetal en 2 semanas, añadiendo que el peso estimado en ese momento fue de 291 gr.



Refiere que el 6 de noviembre la paciente acudió a Urgencias, acorde a las recomendaciones dadas en consulta, por HTA de 170/100, gestante de 22 + 6 semana, con un cuadro de preeclampsia grave injertada sobre una hipertensión crónica, con difícil control (Índice P/C de 1,5). Precisa que el feto en ese momento es previable, con oligoamnios y en la ecografía del ingreso se detecta un retraso de crecimiento intrauterino (CIR tipo I).

Señala que se habla con los padres y se le explica el mal pronóstico fetal, que viene dado por la edad gestacional previable y la gravedad de la madre que hace pensar que no va a ser posible llevar el feto a una fase de viabilidad por el grave riesgo materno.

Explica que durante las 18 primeras horas de ingreso la paciente requiere medicación antihipertensiva en bolo además de la oral y en las últimas 12 horas entra en anuria, y que las complicaciones de una preeclampsia grave de estas características son de alta morbilidad e incluyen la eclampsia, el HELLP, daños neurológicos e incluso la posible muerte materna.

Afirma que la indicación médica por protocolo en caso de preeclampsia severa < 24 semanas es plantear la finalización por causa materna, como así se hizo, y que una vez estudiado el feto y vista la evolución y la dificultad de control de forma multidisciplinar del cuadro de preeclampsia, reunidos en Comité de Medicina fetal, deciden proponer la inducción del parto en feto previable para salvaguardar la vida materna.

Indica que se le explica a la gestante por el equipo de alto riesgo del hospital la gravedad de la situación (gestante ya en anuria) y la indicación de finalización del embarazo por interés materno dado el riesgo vital de la gestante y la imposibilidad de conseguir viabilidad y que ella decide esperar a su pareja, se les explica de nuevo a los dos y

ambos entienden, aceptan y dan su consentimiento verbal previo al que a continuación firma la paciente.

Refiere que se inicia la inducción, a cargo del equipo de guardia con todo el protocolo de actuación consensuado y que tras la expulsión fetal y ante la gravedad y difícil control materno, la paciente es llevada a UCI en donde permanece durante 4 días hasta lograr un control de su cuadro clínico y 3 días más en planta con asistencia multidisciplinar.

Afirma que durante todo ese tiempo es visitada a diario por el personal del equipo de alto riesgo y en ningún momento la paciente expresó el deseo a los facultativos responsables del Servicio de Obstetricia, de ver al feto, ni al nacimiento ni durante su estancia en el hospital.

Añade que durante su estancia se habló en múltiples ocasiones con los reclamantes sin que expresaran su voluntad de reclamar el cuerpo del feto insistiendo en que al servicio de Obstetricia no se le comunicó por parte de la paciente, familiares o resto de personal sanitario que tuvieran intención o deseo de hacerse cargo del feto (considerado legalmente por edad de gestación y por peso como un aborto). Precisa que, dado que se trata de un feto previable, de menos de 500 gramos y de 22 semanas de gestación, el estudio anatomopatológico se cursa como restos abortivos, (tal y como aparecen en los protocolos que se adjunta) puesto que no había indicación de realizar autopsia fetal dado que la causa de la interrupción fue por enfermedad materna grave, no por sospecha de patología fetal susceptible de autopsia.

Finaliza indicando que como se puede constatar en la historia clínica de obstetricia no hay ninguna anotación respecto a este tema, dado que los padres no lo refirieron en ningún momento.

Finalmente, el informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y la documentación obrante en el expediente, formula las siguientes conclusiones:

*“1. La situación clínica de la reclamante el 24 de octubre de 2017, no correspondía a una situación de preeclampsia injertada sobre hipertensión arterial crónica y, por tanto, no precisaba ingreso hospitalario.*

*2. No consta a este inspector médico, de la documentación clínica que he podido manejar sobre este caso, anotación o reseña alguna acerca de la pretensión de (...), de disponer de los restos de (...) tras la interrupción legal de embarazo a que fue sometida (...). La actuación del hospital respecto de los restos, ha sido acorde con su protocolo de actuación en fallecimientos y tratamiento de restos humanos”.*

Solicitado dictamen pericial a la compañía aseguradora del SERMAS, elaborado por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, tras el análisis de los hechos y la formulación de distintas consideraciones médicas, señala que la paciente, el día 24 de octubre, no presentaba criterios de preeclampsia que hubieran recomendado el ingreso hospitalario, por lo que la actuación en consulta fue correcta; con recomendación de control de tensión arterial domiciliaria y nuevo control en consulta en 15 días, para control de crecimiento fetal y control de tensiones.

Respecto de la ecografía realizada, señala que el hecho de presentar el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas alterado no es un criterio de ingreso hospitalario, solamente es un signo de alarma que requiere un control más estricto de la gestante; y así se indicó en esta paciente de forma correcta control en 15 días.

En cuanto a la interrupción del embarazo, afirma que con buen criterio se indicó que se verificase y se realizó la inducción del parto previo consentimiento informado de los padres y tras valoración multidisciplinar de la paciente (intensivistas, anestesistas y obstetras), para salvaguardar la vida materna.

Añade que según el Informe de la jefa de Servicio de Obstetricia la paciente en ningún momento expresó el deseo a los facultativos responsables, de ver al feto, ni al nacimiento ni durante su estancia en el hospital y que al servicio de Obstetricia no se le comunicó por parte de la paciente que tuvieran intención de hacerse cargo del feto (considerado legalmente por edad de gestación y por peso como un aborto).

Indica que el estudio anatomopatológico se cursa como restos abortivos, dado que la causa de la interrupción fue por enfermedad materna grave, no por sospecha de patología fetal susceptible de autopsia legalmente por edad de gestación y por peso como un aborto dado que se trata de un feto previsible, de menos de 500 gramos.

Conferido trámite de audiencia a los reclamantes, dentro del plazo para formular alegaciones presentan un escrito por medio del cual se ratifican íntegramente en su escrito inicial e insisten en la exigencia de responsabilidad relacionada con el destino del cuerpo de su hija y su tratamiento, no autorizado por ellos, como residuo orgánico, afirmando que se ha debido a una mala gestión y/o desorganización del centro hospitalario.

Consideran que no cabe en modo alguno el tratamiento como residuo orgánico el cuerpo de una niña de 22 semanas y 6 días, a la que los facultativos pidieron que los padres pusieran nombre, se le toman las medidas de manos y pies, y se le entrega un documento de identificación materno filial a la madre y se preguntan si puede

considerarse un residuo orgánico un bebe prematuro a la que los padres le han puesto nombre.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 27 de enero de 2020 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 13 de febrero de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de junio de 2020.

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

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión

Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

El presente dictamen se emite en plazo teniendo en cuenta lo dispuesto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 derogada con efectos 1 de junio de 2020 por el Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto afectados por la asistencia sanitaria dispensada, pretendidamente deficiente.

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

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

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional de la 12ª de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

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

En el caso sometido a dictamen, los reclamantes reprochan de un lado, la asistencia sanitaria dispensada el día 24 de octubre de 2017 que consideran inadecuada; y de otro, el tratamiento no autorizado por los padres, como residuo orgánico del feto, tras la interrupción del embarazo, circunstancia que tuvo lugar el día 8 de noviembre de 2017. Por ello, la presentación de la reclamación el día 16 de mayo de 2018 tuvo lugar dentro del plazo legalmente establecido.

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

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a las reclamantes que en uso del citado trámite presentaron escrito de alegaciones. Finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

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

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

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

c) Ausencia de fuerza mayor.



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

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

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que «*no resulta suficiente la existencia de una lesión que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable*), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente», por lo que “si no es posible atribuir la

*lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».*

En el presente caso, los reclamantes consideran deficiente la asistencia sanitaria dispensada en el control del embarazo en los términos que han quedado expuestos y reprochan al centro hospitalario el tratamiento del feto como residuo orgánico sin contar con su autorización, tras la interrupción del embarazo,

En este caso no cabe duda a tenor del expediente examinado que el daño es la interrupción del embarazo y consiguiente pérdida del hijo que esperaban que constituye un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 –recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 –recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 –recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Partiendo por tanto de la existencia de un daño, procede analizar los reproches de las reclamantes, a partir de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las*

*alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.*

Partiendo de dichas premisas conviene analizar separadamente los reproches formulados por los interesados en su escrito de reclamación, comenzando por aquel en virtud del cual consideran deficiente el control de la tensión de la reclamante, y entienden que con las cifras tensionales que presentó el 24 de octubre de 2017 se debió indicar su ingreso y administrarle un tratamiento farmacológico para estabilizar la tensión arterial.

Conviene no obstante señalar que los reclamantes no han aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis por parte del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Torrejón. Dicha falta esfuerzo probatorio contrasta con el contenido de la historia clínica, el informe del Servicio que prestó la asistencia sanitaria, el informe de la aseguradora del SERMAS y el informe de la Inspección Sanitaria que consideran que la atención dispensada fue correcta y adecuada, desvirtuando los reproches formulados en el escrito de reclamación.

En este sentido y sin perjuicio de los informes de los facultativos obrantes en el expediente, el dictamen pericial aportado por la empresa aseguradora del SERMAS tras señalar que la paciente presentaba antecedentes de hipertensión arterial crónica en tratamiento con los fármacos habituales, indica que el día 24 de octubre fue valorada en consulta con toma de tensión arterial alterada: 169/114, 159/109, afirmando que no presentaba criterios de preeclampsia que hubieran recomendado el ingreso hospitalario, por lo que la actuación en consulta fue correcta; con recomendación de control de tensión arterial domiciliaria y nuevo control en consulta en 15 días, para control de crecimiento fetal y control de tensiones.

Se refiere a continuación al día 6 de noviembre del 2017, en la semana 22+6, fecha en que la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Torrejón, ingresando con diagnóstico de preeclampsia precoz + Crecimiento intrauterino retardado. Precisa que la diferencia respecto al día 24 de octubre (2 semanas antes) es que ya aparecían proteínas en orina y ya había afectación fetal.

Como conclusión final señala que la atención médica dispensada a la paciente en el Hospital de Torrejón fue acorde a la *lex artis*

Por su parte, el informe de la Inspección verifica un enjuiciamiento de la asistencia prestada el día 24 de octubre de 2017 en los siguientes términos:

*“El 24-10-2017 (fecha reclamada como de deficiente actuación sanitaria), la paciente es atendida en consulta de alto riesgo (no se trata de una atención de urgencias o por síntomas de urgencias, sino una consulta programada), y presenta una elevada tensión arterial, de 169/114, en toma única. En ese momento está en semana 20 de gestación.*

*Se procede a comprobar el registro de controles de tensiones domiciliarias, verificando que están en rango de normalidad. Asimismo, se comprueba una analítica reciente de perfil de preeclampsia (mediados de octubre) en la que todos los valores están en rango de normalidad, especialmente el índice proteinuria/creatinuria (0,2 en ese momento), y las transaminasas. Es decir, no hay proteinuria ni afectación hepática, ni clínica que determine que se está ante una preeclampsia injertada sobre una HTA crónica. Desde luego, se está entrando en estos momentos en unas semanas de gestación, a partir de las cuales, existe el riesgo para un posible desarrollo de preeclampsia en una paciente con HTA crónica, pero dicho acontecimiento, indeseable, es imposible de predecir tal y como se ha comprobado en la literatura médica*

*consultada. Lo correcto es una actitud expectante y de seguimiento, que es lo que se hizo en esta ocasión, citando a la paciente en control a las dos semanas, así como incidiendo en una correcta toma de tensiones arteriales. La ecografía de alta resolución realizada en el día 24 de octubre, mostraba un índice de pulsatilidad media de las arterias uterinas, por encima del percentil 95, y este es un dato más a tener en cuenta ante un posible desarrollo de alteraciones placentarias que sugieran el posterior desarrollo de una preeclampsia, pero no es un dato definitivo según demuestra la literatura médica consultada, sino un dato más a tener en cuenta.*

*Lo correcto, en este caso, y como ya he mencionado, es una actitud expectante y de control y seguimiento de la salud fetal y materna, entre otras cosas porque estamos en la semana 20-21 y el feto no es viable bajo ningún punto de vista, con lo que solo queda esperar y hacer un estrecho seguimiento de la situación, que es lo que se hizo. (Se citó en consulta de alto riesgo dos semanas después). En cuanto al crecimiento del feto, en ese momento, está en un percentil 5, es decir, pequeño para la edad gestacional, y con un peso estimado de 291 gr, situación que precisa de seguimiento ecográfico en siguiente consulta.*

*En resumen, no encuentro ningún dato que aconsejara el ingreso de la paciente el día 24 de octubre de 2017, puesto que no había preeclampsia injertada en ese momento, y se tomaron las medidas diagnósticas adecuadas para descartarla. Lo que había en esos momentos era un pico hipertensivo, ausencia de preeclampsia y feto no viable, y todo ello aconsejaba actitud expectante y control.*

*Distinta situación es la que nos encontramos 13 días después, el 6 de noviembre de 2017, en la que D<sup>a</sup> (...) sí acude a Urgencias con HTA pero, además, presentando controles de tensiones en noviembre inadecuados, así como un índice de*

*proteinuria/creatinuria alterado(de 1,16), todo ello aconseja el ingreso de la paciente puesto que se trata ya de preeclampsia, recordemos HTA + proteinuria, a lo que se van añadiendo: mareos, sensación dolorosa en hipogastrio, cefaleas, dificultad en control de tensiones a pesar del tratamiento instaurado, disminución de diuresis. En esta situación, dado que el feto es previable (22+6 semanas) y se trata de una preeclampsia injertada en HTA crónica, así como que la madre está desarrollando una oliguria manifiesta, la única solución terapéutica es la interrupción legal del embarazo, para lo que se solicitó el consentimiento de la madre y su pareja. Este desarrollo de acontecimientos es acorde con lo aconsejado por la literatura científica”.*

En este sentido, la Inspección concluye que la situación clínica de la reclamante, el 24 de octubre de 2017, no correspondía a una situación de preeclampsia injertada sobre hipertensión arterial crónica y, por tanto, no precisaba ingreso hospitalario.

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”.*

Procede a continuación analizar el segundo de los reproches formulado por los reclamantes dirigido contra el tratamiento y destino

del feto que el Hospital Universitario de Torrejón verificó sin informar ni contar con la autorización de los interesados.

En el escrito de alegaciones exponen que no cabe en modo alguno el tratamiento como residuo orgánico el cuerpo de una niña de 22 semanas y 6 días, a la que los facultativos pidieron que los padres pusieran nombre, se le toman las medidas de manos y pies, y se le entrega un documento de identificación materno filial a la madre., que consta en el folio 50 del expediente.

Sobre esta cuestión el dictamen pericial de la compañía aseguradora del SERMAS tras reiterar la situación clínica de la gestante que precisó para su resolución y para salvaguardar su vida de una interrupción de la gestación, precisa que, en el momento del diagnóstico, el feto no era viable y presentaba un crecimiento retardado, por lo que, al ser menor de 23 semanas, el estudio anatomopatológico se cursa como restos abortivos. Añade que no es necesario hacer autopsia pues la causa de la interrupción fue por enfermedad materna grave, no por sospecha de patología fetal.

Sobre este aspecto, el informe de la Inspección se refiere al Protocolo de Actuación en Fallecimientos y Tratamiento de Restos Humanos, del Hospital Universitario de Torrejón, señalando que en el caso de fetos menores de 23 semanas: en caso de la interrupción voluntaria del embarazo, indica que se tratan como restos anatomopatológicos, y de solicitarse estudio de anatomía patológica, dicho estudio sería como de “biopsia”, y añade que esto es lo que se hizo en el caso que nos ocupa.

Explica que la legislación consultada establece que el destino final de todo cadáver, o restos humanos de entidad suficiente, será el de enterramiento en lugar autorizado, incineración o inmersión en alta mar. A continuación, se refiere a la Sentencia del Tribunal

Constitucional, de 1 de febrero de 2016, en el Recurso de Amparo n ° 533-2014, *“que establece con rotundidad” “el derecho de la demandante a decidir sobre el enterramiento o incineración de su criatura abortiva ex art. 18.1 CE”*.

Precisa sin embargo que, en el caso ahora reclamado y objeto del informe, la jefa de Servicio de Obstetricia, en el informe que remite sobre los hechos reclamados, refiere que existieron múltiples conversaciones con los padres sin que expresaran en ningún momento su voluntad de reclamar el cuerpo del feto, y que así se puede constatar en la historia clínica, en la que no hay ninguna anotación respecto de este tema.

Añade que así se ha hecho por el inspector médico que suscribe el informe, corroborando que en efecto hay anotaciones de información a los padres sobre la situación clínica, ausencia de viabilidad del feto, peligro para la madre por el desarrollo de la preeclampsia, así como la conveniencia de poner fin al embarazo por causa legalmente establecida, sin que conste nada al respecto sobre la disposición de los restos de la niña.

En este sentido concluye que la actuación del hospital respecto de los restos, ha sido acorde con su protocolo de actuación en fallecimientos y tratamiento de restos humanos, que adjunta.

El análisis del citado documento, denominado “Actuación en fallecimientos y tratamiento de restos humanos” en distintos hospitales incluido el Hospital Universitario de Torrejón, revela que su objeto consiste establecer la metodología utilizada en estos casos, refiriéndose expresamente a distintos supuestos entre los que se encuentra el de “Actuación ante fetos”.



En el apartado relativo al Hospital Universitario de Torrejón se distingue entre “*fetos menores a 23 semanas*” y “*fetos mayores a 23 semanas*”.

De acuerdo con la historia clínica de la reclamante, el día 6 de noviembre de 2017 la gestación era de 22 +6 semana y el expulsivo se produjo el siguiente día 7 de noviembre, por lo que las actuaciones a realizar por parte del hospital debían ajustarse al supuesto referido a los fetos menores de 23 semanas constando como actuaciones a practicar las siguientes:

*“- En caso de interrupción voluntaria del embarazo se tramita de esta forma.*

*-Se tratan como resto anatómico-patológico, en consecuencia no es necesaria documentación alguna.*

*- Si se solicita estudio de anatomía patológica, este debe ser de “Biopsia”. La muestra se conserva en formol”.*

En este sentido y como primera conclusión, queda acreditado que el hospital cumplió el protocolo fijado al efecto.

Por otro lado, tal y como ponen de manifiesto los informes del servicio implicado y de la Inspección, no consta en la historia clínica ninguna anotación referida al deseo de los padres de reclamar el cuerpo del feto. Resulta relevante a estos efectos que en la hoja de evolución de fecha 12 de diciembre de 2017 no exista ninguna referencia a este aspecto de la reclamación, que la interesada “*acude a control (...) refiere que anímicamente bien, aunque tanto ella como su pareja estaban muy ilusionados con ello y lo piensan mucho...explico que está contraindicado la toma de ACHO con HTA. Explico diferentes métodos hormonales con*

*solo gestágeno: implante o minipíldora vs Diu de cobre. Se lo pensará, por ahora cuando tenga la regla comenzará con Azalia diario...”*

En este sentido cabe añadir que en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante para la inducción al parto el día 7 de noviembre de 2017, declara que ha tenido tiempo suficiente para valorar su decisión, está satisfecha con la información recibida y ha formulado todas las preguntas que ha creído convenientes habiendo sido aclaradas las dudas planteadas

Conviene finalmente precisar el alcance y contenido de la Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de febrero de 2016 dictada en el recurso de amparo 533/2014 a la que se refiere expresamente el informe de la Inspección Sanitaria.

El citado recurso fue promovido por una mujer que, en periodo de gestación, obtuvo un diagnóstico de polimalformaciones del feto con hallazgos sugestivos de cromosomopatía, de improbable viabilidad, por lo que acudió de forma programada al correspondiente hospital donde le provocaron el aborto. El feto contaba con 22 semanas de gestación y 362 gramos de peso.

Tras ser dada de alta, la demandante solicitó los restos humanos con el fin de incinerarlos. Los responsables del centro hospitalario le indicaron que, conforme a su protocolo interno para acceder a lo pedido se precisaba la correspondiente licencia judicial de enterramiento-incineración que sin embargo fue denegada por el juzgado de primera instancia e instrucción, cuya decisión confirmó la Audiencia Provincial.

En concreto, partiendo de la interpretación de que el permiso judicial es preceptivo y de que su obtención presupone la inscripción registral, los Autos impugnados justificaron la imposibilidad de practicar la inscripción en el Registro Civil (y, por ende, la de acceder a lo solicitado) en el art. 45 de la Ley del registro civil: *“Las personas*

*obligadas a declarar o dar el parte de nacimiento están también obligadas a comunicar en la misma forma el alumbramiento de las criaturas abortivas de más de ciento ochenta días de vida fetal, aproximadamente".* Tanto el Juzgado como la Audiencia Provincial derivaron de la obligación de inscribir criaturas abortivas de más de 180 días, la prohibición de inscribir las de menor tiempo.

La demanda de amparo se dirigió contra las resoluciones judiciales dictadas, al entender que lesionaron el derecho fundamental a la libertad ideológica, religiosa y de culto (art.16.1 CE), a la igualdad (art. 14 CE) y a la intimidad familiar (art. 18.1 CE) de la recurrente.

La Sentencia de referencia estimó el recurso de amparo por considerar que las resoluciones impugnadas vulneraron el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar (art. 18.1 CE) de la actora, por no esgrimir normas que pudieran dar cobertura jurídica suficiente a su decisión e imponer un sacrificio desproporcionado, sin que se vislumbraran bienes constitucionales cuya preservación justificase la denegación del permiso de incineración solicitado.

De acuerdo con lo expuesto y en consonancia con el análisis efectuado por la Inspección, la diferencia entre el supuesto descrito y el que nos ocupa es que, en el presente caso, no existe constancia alguna del deseo de los padres de disponer del cuerpo del feto. Dicha circunstancia, unida al hecho de que la actuación del hospital respecto de los restos fue acorde con su protocolo de actuación en fallecimientos y tratamiento de restos humanos, impiden afirmar la existencia de mala praxis, en los términos expresados por la Inspección, a cuya conclusión nos atenemos de acuerdo con los criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad que rigen su actuación en los términos ya expuestos.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a los reclamantes en el Hospital Universitario de Torrejón.

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

Madrid, a 9 de junio de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 204/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid