

Dictamen nº: **10/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **19.01.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 19 de enero de 2021, 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 Dña. ....., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Leonor en el parto y postparto de su hija.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 5 de marzo de 2018 en el registro de la Oficina de Atención al Ciudadano Puente de Vallecas del Ayuntamiento de Madrid dirigido al consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, la interesada antes citada, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Leonor por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Infanta Leonor en el parto y postparto de su hija (folios 1 a 13 del expediente administrativo).

Según refiere la reclamante, el día 16 de octubre de 2017 quedó ingresada en el citado centro hospitalario para la inducción al parto, tras comprobar en la prueba de monitorización realizada que tenía rotura de bolsa. Expone que este proceso duró hasta el día 18 de octubre por la mañana, en la que le informaron *“que no dilataba lo suficiente”* y que *“después de tener al bebé encajado durante más 30 horas”*, le dijeron que tenían que realizar una cesárea de urgencia, naciendo una niña a las 13 horas.

La reclamante considera que en este período de dos días de inducción al parto con finalización mediante cesárea de urgencia se observa una ausencia del diagnóstico de desproporción pélvico cefálica (DPC), información deficiente de los doctores, errores en la administración de la anestesia epidural y, en general, *“problemas en el parto que han generado las lesiones y secuelas que más adelante se señalan”*.

El escrito de reclamación relata que fue dada de alta dos días después del parto, a pesar de los dolores y el estreñimiento que padecía y por los que tuvo que acudir el día 27 de octubre al Servicio de Urgencias y quedar ingresada por la posible existencia de piedras en el riñón. Explica que tras 3 días de ingreso fue dada de alta domiciliaria para poder estar con el bebé, sin tener en cuenta los síntomas que presentaba que decía *“que se sentía morir, sin poder respirar, sin poder ir al baño y con bultos en el abdomen, en la cesárea”*. Refiere que, al persistir los síntomas, el médico que le visitaba en casa le prescribió la realización de un TC para descartar la existencia de apendicitis, prueba que se realizó al día siguiente y que determinó que quedara hospitalizada con un diagnóstico muy grave por la infección y trombos que presentaba.

La reclamante expone que para el tratamiento de los tres trombos fue necesario asistir al hospital con controles semanales por la

administración de medicamentos (Sintrom) en altas dosis hasta que el 20 de enero de 2018 le informaron que *“estaba limpia de trombos”*. Dice que durante este período no ha podido trabajar, por sentirse sin fuerzas y que ha precisado calmantes por la situación de angustia y no poder descansar.

Solicita una indemnización de 17.500€ por los días de baja por enfermedad, incluidos 15 días de hospitalización (15.000 €), por gastos generales (2.500 €), asistencia hospitalaria (500 €), más 300 € mensuales *“en calidad de futuros gastos por el tiempo del que siga con secuelas y hasta la normalización de la vida de la paciente”*.

Acompaña su escrito con diversos informes médicos (folios 14 a 123) y solicita como prueba, además de la documental aportada, la declaración testifical de los médicos de los distintos servicios del Hospital Universitario Infanta Leonor que atendieron a la reclamante, así como *“toma de razón de los expedientes administrativos y protocolos de actuación”*.

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

La reclamante, de 35 años, con antecedentes de *“estados de ansiedad en relación con estrés laboral, insomnio y labilidad emocional”*, embarazada de 39 semanas + 6 días con una evolución gestacional normal, acudió el día 16 de octubre de 2017 a control en consultas externas de Ginecología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se constata dicha normalidad evolutiva, objetivándose biometrías acordes con 40 – 41s y oligoamnios, siendo remitida por este motivo al área de Urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del citado centro para inducción del parto por sospecha de rotura prematura de membranas. Según consta en la historia clínica (folio 143), *“entrego CI”* (consentimiento informado).

A las 11:56 horas de ese mismo día, 16 de octubre, fue atendida en el área de Urgencias. Reinterrogada sobre la pérdida de líquido amniótico, no era capaz de precisar el momento de la rotura de membranas, aunque refería *“sentirse mojada desde hace una semana”*. Según figura en la historia clínica, *“entrega CI firmado de inducción”* (folio 143).

A las 17:22 horas del día 16 de octubre, la paciente ingresó en habitación para inducción con misofar. Refería dinámica uterina irregular y se le administró una primera dosis de antibiótico intravenoso (iv), según pauta.

La paciente permaneció en la planta de hospitalización con controles intermitentes en el paritorio, administrándole antibiótico de manera profiláctica (ampicilina).

El 17 de octubre a la 9:38 horas se inició la inducción mediante perfusión de oxitocina, permaneciendo la paciente de forma constante en el paritorio. A las 22:26 horas se procedió a romper el polo inferior de la bolsa y se inició analgesia epidural a las 23:52 horas.

A las 03:13 horas del día 18 de octubre se consiguió una dilatación cervical de 3 cm. y a las 07:20 horas se alcanzaron los 9 cm. estando la presentación cefálica en primer plano, llegándose a la dilatación completa de 10 cm a las 09:36 horas, sin apreciarse descenso de la presentación, manteniendo un registro cardiotocográfico (RCTG) de la frecuencia cardíaca fetal dentro de la normalidad. A la 12:05 horas, *“tras 2 horas y media de dilatación completa no hay progresión de la presentación, continua con la misma exploración”* (folio 145). Presentaba dilatación completa, sobre estrecho superior (SES) –altura de presentación de la pelvis materna-, RCTG: reactivo, dinámica uterina (DU) regular. *“Impresiona de desproporción pélvico-cefálica (DPC). Se deja hasta completar 4 horas de dilatación completa para nueva valoración”*.

Completado el tiempo, a las 13:17 horas se realizó cesárea de urgencia por desproporción pélvico cefálica con anestesia intradural. Según refleja el informe de Anestesia (folio 145) tuvo que administrarse anestesia intradural porque *“tenía epidural puesta en paritorio funcionando durante la noche, pero por la mañana precisaba más bolos de analgesia y en quirófano se comprueba que el catéter está prácticamente fuera, por lo que se decide A. intradural”*. La cesárea cursó sin incidencias naciendo una niña de 3.700 grs. con test de Apgar: 9 / 10 (1 min / 5 min).

Tras la cesárea, la paciente permaneció ingresada 3 días sin que durante los mismos presentara fiebre, ni signos de trombosis venosa superficial o profunda en miembros inferiores y herida quirúrgica con buen aspecto y sin signos de infección. Se administró terapia analgésica para el control del dolor y profilaxis heparínica, siendo dada de alta hospitalaria el día 21 de octubre de 2017.

Con fecha 27 de octubre de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Leonor por presentar fiebre de hasta 39.5°C esa tarde, dolor abdominal difuso y dolor lumbar bilateral de 1 semana de evolución. Refería sensación de distensión abdominal, no manifestaba disuria y refería *“última deposición hace unos minutos”*. A la exploración, la paciente tenía una temperatura de 37.4°C y presentaba puñopercusión renal izquierda negativa, derecha dudosa. Útero bien involucionado, abdomen blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). La herida quirúrgica presentaba buen aspecto (BA), sin signos de infección, con punto dehiscente por donde drenaba material seroso.

Fue valorada inicialmente por Ginecología. La ecografía realizada mostró útero vacío y líquido libre en Douglas. Se solicitó hemograma y sedimento de orina. Con el juicio clínico de fiebre puerperal sin foco y sospecha de pielonefritis derecha, fue valorada por Ginecología, se

amplió analítica y se pautó tratamiento analgésico. Fue derivada a Urgencias Generales por sospecha de pielonefritis aguda.

El día 28 de octubre de 2017 se realizó una radiografía de abdomen en la que no se observaron imágenes litiásicas y quedó en observación para control analgésico y analítico al día siguiente.

A la mañana siguiente fue reevaluada, encontrándose hemodinámicamente estable, afebril y refería mejoría del dolor abdominal y lumbar con el tratamiento administrado. A la reexploración, llamaba la atención el dolor a nivel de hemiabdomen derecho sin peritonismo, así como puñopercusión derecha levemente positiva (refería menor que en comparación a la exploración del día anterior) sin otras alteraciones destacables. Se solicitó nueva analítica observándose leucocitosis en descenso, así como discreto aumento de reactantes de fase aguda, sin otras alteraciones reseñables por lo que, ante la buena evolución clínica, con mejoría del dolor, se decidió mantener en observación hasta completar 24 horas de control clínica y de fiebre.

Por la tarde continuó hemodinámicamente estable, presentando febrícula de hasta 37,5°C con tiritona asociada, por lo que se le administró paracetamol y se decidió que continuara en observación hasta el día siguiente para recibir segunda dosis de antibioterapia así como ver evolución clínica y analítica.

El día 30 de octubre de 2017 se realiza nuevo control analítico que siguió mostrando leucocitosis y aumento de PCR. Se realizó ecografía urgente de abdomen y pelvis resultando un estudio sin alteraciones significativas. La radiografía de tórax mostró dudosa consolidación basal derecha.

Se efectuó interconsulta con Ginecología que realizó ecografía vaginal (ambos anexos normales, no líquido libre), exploración con

especuloscopia y exploración abdominal: sutura de cesárea en buen estado, no signos de infección. Se descartó patología ginecológica urgente y se remitió de nuevo a la paciente a Urgencias Generales para continuar con la valoración. Según la historia clínica, estaba afebril, eupneica, tranquila, sin disnea ni clínica respiratoria, con auscultación cardíaca (AC) rítmica y auscultación pulmonar (AP) limpia. La cicatriz de laparotomía no presentaba signos de infección, pero había una dehiscencia parcial en 1/3 izquierdo sin supuración, realizándose aproximación de la misma. Dolor en región de meso/hipogastrio sin defensa ni peritonismo, ruidos presentes, ni dolor en fosas renales. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. En la analítica se observó mejoría progresiva de reactantes en fase aguda (RFA), anemia en el contexto, bien tolerada, con ferrotterapia parenteral. Se pautó tratamiento con ceftriaxona y 1 gr. de fosfomicina de manera puntual. La paciente fue dada de alta hospitalaria por mejoría clínica pasando a cargo de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, para así poder estar con su hija recién nacida. Ese mismo día la citada unidad valora a la paciente y emite un informe de traslado.

La paciente fue atendida el día 31 de octubre de 2017 por la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se hace constar que se trataba de una visita precoz y que a la llegada de Enfermería de Urgencias la reclamante se encontraba muy dolorida porque no se tomaba analgesia. La herida de la cesárea estaba “*perfecta*”, con buen aspecto y con una pequeña deshiscencia y se le administró tratamiento antibiótico intravenoso pautado.

Al día siguiente, 1 de noviembre, se realizó nueva visita programada. Se le procedió a la administración de la medicación

pautada. Vía periférica permeable. Se realizó la cura de la cesárea, *“dehiscencia en zona izquierda de unos 2 cm. aproximadamente”*.

El día 2 de noviembre se le efectuó llamada de control a las 10:47 horas. La paciente refería dolor, por lo que se le indicó que se realizaría un TAC al día siguiente a las 10 horas. Ese mismo día se efectuó visita a las 14:12 horas. La paciente estaba afebril y con las constantes en rango. Se canalizó una vía venosa periférica por extravasación de la anterior y a la extracción de sangre para analítica. Refería dolor abdominal de predominio derecho y 3 deposiciones diarreicas, sin vómitos. En la historia clínica se hace constar que se le iba a realizar un TAC para el que estaba citada al día siguiente a las 10 horas en ayunas. Revisada la herida quirúrgica, el borde izquierdo se encontraba más enrojecido y se había separado la piel.

El día 3 de noviembre la paciente acudió al Hospital Infanta Leonor para la administración del tratamiento antibiótico y de hierro intravenoso y para la realización de TAC abdominopélvico que evidenció hallazgos compatibles con trombosis de vena ovárica derecha, vena inferior renal derecha y vena cava. *“No se puede descartar posible enfermedad inflamatoria pélvica como origen de las trombosis”*.

A la vista del resultado de la prueba, se decidió por parte de la Unidad de Hospitalización a domicilio el ingreso hospitalario a través del Servicio de Urgencias, y su valoración urgente por Ginecología que apreció dehiscencia de piel de 4 cm sin salida de material purulento ni otros signos de infección. En eco TV: no se observaron signos ecográficos de endometritis. *“Anejo derecho normal, el izquierdo no se visualiza”*.

También fue valorada por el Servicio de Medicina Interna: eupneica en reposo, sin disnea ni clínica cardiorrespiratoria. A la palpación, presentaba dolor en hemiabdomen derecho e hipogastrio.

Se decidió tratamiento con enoxaparina, tratamiento antibiótico empírico, hierro parenteral por anemia severa y analgesia con tramadol.

El 4 de noviembre de 2017 estaba afebril, con buen estado general y constantes normales. Control del dolor con la analgesia pautada. A las 21 horas tenía una temperatura de 37,7°C.

Al día siguiente, 5 de noviembre, la paciente estaba inicialmente afebril, aumentando la temperatura a 37,5°C a las 15:26 horas. Se solicitó analítica y hemocultivo y se decidió pasar a la paciente a cargo de Medicina Interna para optimizar tratamiento médico, con seguimiento diario por Ginecología. A las 16 horas presentó una temperatura de 38,9°C, por lo que se solicitó hemocultivo. La temperatura bajó a 36,9°C a las 16:50 horas. Refería opresión centrotorácica en la última semana, con disnea de esfuerzo.

El día 6 de noviembre de 2017 se encontraba afebril con aceptable estado general. Decía encontrarse mejor, no presentaba disnea ni taquipnea. Flebitis franca en extremidad superior derecha, con cordón doloroso importante que podía justificar el pico febril del fin de semana. Se indicó cambio de vía periférica, con cuidados extremos en la manipulación de la nueva y que el fin de semana se había solicitado estudio de hipercoagulabilidad.

Con fecha 7 de noviembre de 2017 la paciente estaba afebril, eupneica, asintomática salvo ligero dolor en zona de cicatriz, sin signos de infección. Exploración general normal, franca mejoría de la flebitis de la extremidad superior derecha. Posteriormente, se observó la herida con salida de material de aspecto seroso-purulento por lo que se tomó muestra para cultivo.

Al día siguiente, 8 de noviembre, refería que tenía dolor a nivel de la herida y que había mejorado tras las curas, encontrándose mejor.

El 9 de noviembre de 2017 continuaba afebril. Dolor controlado con analgesia. Al curar la herida había drenado muy abundante exudado que sugería aspecto purulento. Cultivo de exudado negativo. Se avisó a Ginecología para evaluar la herida y valorar si procedía drenaje.

El día 10 de noviembre estaba apirética y con drenaje de abundante material de aspecto purulento por la herida quirúrgica. Se realizó TAC abdomen-pélvico, no identificándose colecciones intraabdominales y respecto al estudio previo del 3 de noviembre, se apreciaba disminución significativa del tamaño de la colección en pared abdominal anterior.

Con fecha 11 de noviembre la paciente presentaba buen estado general, se encontraba apirética y la herida no drenaba prácticamente nada. Tampoco precisaba analgesia.

El 12 de noviembre 2017 presentó, a primera hora, una temperatura de 37.5°C. Después estuvo afebril, con buen estado general y sin drenar contenido por la herida quirúrgica. Seguir con las curas.

Al día siguiente, 13 de noviembre fue valorada por Ginecología: buen estado general. Constantes normales. La dehiscencia drenaba escaso material serohemático, sin signos de infección. Se indicó alta por Ginecología con cuidados de cicatriz quirúrgica por Enfermería de zona. Había recibido 10 días de antibiótico empírico con Tazocel, anticoagulación con enoxaparina e introducción posterior de Sintrom y realización de curas de la herida quirúrgica con evolución progresiva hacia la mejoría, tanto clínica como analítica. El estudio de hipercoagulabilidad había sido negativo. Ante la estabilidad clínico-

analítica se decidió alta, remitiéndola a consulta de Sintrom y con cita para revisión en Hospital de Día de Medicina Interna dentro de 6 semanas, con realización previa de TAC abdominal.

El día 28 de noviembre de 2017 acudió a revisión en Salud Mental. Se recoge en la historia que estaba con buen estado de ánimo y tranquila. Refería que los primeros días no pudo cuidar a la niña, pero que en ese momento ya estaba cuidando de ella. *“Espera que cuando se incorpore tras el descanso maternal la despidan del trabajo”*.

El día 21 de diciembre 2017 acudió al Hospital de Día para revisión: clínicamente bien, refería algo de tirantez/molestias en zona de la cesárea, resto sin problemas. Estaba pendiente de TAC para el que había sido citada el día 8 de mayo de 2017, por lo que se solicitó nuevo TAC urgente para realizar en las próximas 2 semanas.

Mantener anticoagulación durante 3-6 meses. Revisión en 4 semanas.

Con fecha 17 de enero de 2018 se realizó TAC abdómino-pélvico, no evidenciándose signos de trombosis venosa.

El 22 de enero de 2018 acudió a revisión en Hospital de Día. Se encontraba bien, con molestias intermitentes en la herida. Analítica bien y TAC sin trombos. Cita en marzo con Dímero D (DD).

En la siguiente revisión, el día 19 de marzo de 2018 estaba asintomática. Expuso que en la consulta de Hematología le habían puesto fecha de finalización de Sintrom para principio de abril. El dímero D era normal. Estaba pendiente de realizar nuevo estudio de trombofilia ya que el anterior fue negativo. Fue dada de alta en consulta de Hospital de Día.

El día 25 de junio de 2018 fue dada de alta por el Servicio de Medicina Interna, tras valoración de la analítica realizada el día 4 de junio de 2018, al observarse *“todo bien”*.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, 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 (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario Infanta Leonor (folio 414), fechado el 20 de marzo de 2018, que, tras relatar la asistencia prestada por dicho servicio en relación con el parto dice:

*“Que en todo momento desde el Servicio de Anestesiología y Reanimación la paciente fue evaluada para ver si cumplía con los criterios de progresión del parto y dolor para la realización de la técnica epidural, que cuando los cumplió, que se realizó la misma tras consentimiento informado verbal y escrito con explicación de posibles complicaciones, que la técnica se realizó sin incidencias y fue eficaz durante la noche hasta la mañana, que la paciente requirió dosis adicionales que no fueron efectivas por retirada accidental del catéter epidural advertida previa intervención quirúrgica, por lo que requirió anestesia intradural para la realización de la cesárea, no presentando ninguna incidencia posterior”*.

Con fecha 28 de enero de 2019 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 415 y 416) que declara que *“desde el punto de vista técnico-médico y humano la actuación de los médicos del Servicio de Medicina Interna que atendieron a la paciente ha sido irreprochable, obrando en todo con diligencia y prudencia, empleando los medios diagnósticos y*

*terapéuticos necesarios, sin restricción, con proporcionalidad y juicio, siguiendo siempre el hilo conductor de los acontecimientos clínicos y en consonancia con la lex artis. Se ha proporcionado información entendible y se han respetado siempre las libres decisiones de la paciente”.*

Ha emitido informe el jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 418 y 419) que, con fecha 27 de marzo de 2018, considera que *“en todo momento se ha atendido a la paciente de forma adecuada, manteniendo la observación y el control evolutivo y solicitando las pruebas indicadas en cada momento”.*

Consta, asimismo, informe del jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Leonor que relata la asistencia prestada a la paciente desde que fue valorada por primera vez por dicho servicio el día 1 de marzo de 2017 hasta que se le diagnosticó una trombosis de la vena ovárica derecha, venal inferior renal derecha y vena cava, el día 3 de noviembre de 2017. El informe responde a todas las cuestiones planteadas por la reclamante en su escrito y concluye:

*« Que no hubo falta de información (constatable por los consentimientos informados).*

*· Que ni procede ni existe prueba para determinar con seguridad una DPC siendo la prueba de parto la única certera.*

*· Que no existió retraso en el parto ni presión en la zona pélvica al no existir descenso de la cabeza fetal a dicha cavidad.*

*Por último para explicar la génesis de la trombosis basta con conocer “que las trombosis venosas son 5 a 6 veces más frecuentes en las pacientes embarazadas en relación a las no gestantes. El 75% de*

*las trombosis venosas profundas ocurren durante el embarazo y el 66% en el postparto, siendo de 5 a 9 veces más frecuente en las pacientes a las que se les realiza cesárea en relación a las que tienen parto vaginal. La incidencia es del 0,13 al 0,61 por mil embarazos y solamente del 1 al 8% de estas pacientes desarrollan tromboembolismo pulmonar”. El embarazo de por sí es un factor de riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda pues cumple todos los criterios descritos por Virchow: 1.- Hipercoagulabilidad. 2. Estasis venoso. 3. Daño endotelial.*

*A la vista de lo expuesto no procede recurrir a extrañas y forzadas hipótesis, como las contenidas en el escrito de reclamación, para explicar el origen de la trombosis presentada por la paciente cuando, como se ha señalado, es el mismo estado gestante quién favorece su formación, en este caso riesgo aún más aumentado por la necesaria cesárea realizada, y que desgraciadamente en este caso sucedió a pesar de haber actuado en todo momento según protocolo y de acuerdo a la lex artis. Son complicaciones posibles e impredecibles inherentes al propio estado gestante y a la cesárea que han acontecido en este caso y que lamentablemente se seguirán dando en otros».*

*Con fecha 9 de noviembre de 2018 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 484 a 497) que, tras analizar la reclamación y la historia clínica de la paciente, concluye que “no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente. El personal sanitario que atendió al paciente, siguió siempre los procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso”.*

*Junto con el informe de la Inspección Sanitaria se ha incorporado la historia clínica de la paciente en Atención Primaria donde se reflejan los antecedentes de ansiedad de esta desde el año 2004.*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a la interesada. Por escrito presentado el día 3 de mayo de 2019 la reclamante presenta alegaciones en las que, además de ratificarse en todas las alegaciones formuladas en su escrito de inicio del procedimiento, rechaza todas las referencias de los informes de los servicios médicos y de la Inspección *“con juicios de valor negativos en los que se cuestiona o se pone en entredicho la apreciación subjetiva de esta reclamante”*. La interesada pone de manifiesto que solo figura firmado en el expediente el documento de consentimiento informado para la anestesia epidural, sin que aparezcan firmados el resto de los consentimientos informados que han sido incorporados al expediente. Además, considera que *“no procede incorporar al expediente los datos de psicología y de Centro de Salud Mental”* al no referirse a la reclamación y *“en todo caso si constan, no deben valorarse en los informes”*. La reclamante rebate minuciosamente los informes incorporados al procedimiento y propone como prueba la documental aportada y que se complete el expediente con los documentos de consentimiento informado firmados por los doctores y por la paciente; prueba testifical de los doctores y personal sanitario que le atendieron, así como de su marido y su madre y propone, finalmente, una grabación parcial del parto *“que se ofrece a efectos de prueba si se considera conveniente para la mejor valoración de los hechos”*.

Incorporada nueva documentación al procedimiento consistente en copia del documento de consentimiento informado para la anestesia epidural, firmado por la paciente, documento de identificación sanitaria materno-filial y el informe de consultas externas de Obstetricia tras la monitorización, por el que se remitió a la paciente a Urgencias para la inducción del parto, se concedió nuevo trámite de audiencia a la reclamante que, con fecha 6 de noviembre de 2020, formula alegaciones de contenido similar a su escrito anterior.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria (folios 540 a 548) con fecha 20 de noviembre de 2020 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado el daño antijurídico alegado por la reclamante.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 566/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de enero de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada, 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 superior a quince mil euros, por solicitud 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 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

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

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa la reclamante reprocha la asistencia prestada en el parto de su hija, que tuvo lugar el día 18 de octubre de 2017, por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 5 de marzo de 2018 está formulada en plazo.

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 ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, a los Servicios de Obstetricia y Ginecología, Anestesia, Medicina Interna y Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor implicados en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante desde el parto de su hija. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica de la paciente.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar no acreditada la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

**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 LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía 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, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015)

y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”.*

**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.

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante al ser diagnosticada de desproporción pélvico cefálica, tuvo que ser intervenida mediante cesárea para finalizar el parto de su hija. Además, días después de haber sido dada de alta, fue diagnosticada de trombosis de vena ovárica derecha, renal y cava inferior, así como infección de la herida quirúrgica, diagnósticos por los que hubo de estar ingresada hasta el día 13 de noviembre de 2017 y en tratamiento con Sintrom hasta el mes de abril de 2018.

La interesada considera que como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada tiene una situación económica precaria, al no haber podido incorporarse a su trabajo ni tener perspectivas de hacerlo a

medio plazo, al no sentirse “*con fuerzas para ello*” y dificultarlo el tratamiento y al tener que soportar mayores gastos, por lo que reclama 15.000 € por 150 días de baja, 15 de ellos de hospitalización; 500 € por asistencia hospitalaria en los meses de octubre y noviembre de 2017; cambios en la vivienda particular para acomodarla a las nuevas necesidades de la paciente (500 €); gastos por ayudas prestadas por terceros; gastos de medicamentos y farmacia y “*gastos futuros de cuidados por terceras personas así como de tratamientos sin perjuicio de la valoración de las secuelas*” valorados en 300 € con carácter mensual e indefinido hasta la curación total. Además, considera que presenta secuelas de índole psicológica.

Debe advertirse, en primer lugar, que la interesada no acredita la existencia de secuelas que justifiquen su imposibilidad para trabajar y que hayan motivado, incluso, cambios en la vivienda particular para acomodarla a las nuevas necesidades o la necesidad de ayuda de terceras personas.

Así, del estudio del expediente resulta probado que la reclamante concluyó el tratamiento con Sintrom en abril de 2018, sin que conste la historia clínica la existencia de secuelas, y que fue dada de alta por el Servicio de Medicina Interna en junio de 2018, tras realizarse una analítica en la que “*todo está bien*”.

Acreditada la realidad de los daños, limitados a la necesidad de haber tenido que finalizar el parto por cesárea y haber sido diagnosticada de trombos e infección, resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos de relación de causalidad entre los daños sufridos y la asistencia sanitaria prestada y la antijuridicidad del daño que determinan la existencia de responsabilidad patrimonial.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la 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, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que la atendieron del Hospital Universitario Infanta Leonor, limitándose a afirmar en sus escritos múltiples defectos en la asistencia y concluir que *“el origen del problema fue el parto largo y la demora en la cesárea, generando daños a la madre desde el parto que fueron diagnosticados y tratados tras sucesivos diagnósticos inexactos con retraso”*.

Afirmaciones que resultan contradichas por la historia clínica y especialmente, por el informe de la Inspección Sanitaria que, en relación con el parto indica que la inducción al parto estaba correctamente indicada al tratarse de una gestación de 39 + 6 semanas en primípara de 35 años y habiéndose producido una rotura prematura de membranas.

De la historia clínica resulta igualmente probado que la paciente

alcanzó la dilatación completa -10 cms- y que el feto no padeció ningún tipo de sufrimiento fetal con un registro tococardiográfico de la frecuencia cardíaca fetal dentro de la normalidad. No puede afirmarse que hubo retraso en la cesárea porque, como señala el médico inspector en su informe, el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia da un margen de 4 horas de período expulsivo, cuando se trata de una primípara bajo analgesia epidural. En el presente caso la paciente alcanzó la dilatación completas a las 9:36 horas y a las 13:17 horas se realizó la cesárea urgente.

No puede hablarse de retraso en el diagnóstico de la desproporción pélvico-cefálica que, según la reclamante, debería haberse realizado en las ecografías previas porque todas las biometrías fetales fueron acordes a la edad gestacional y no se trataba de un feto macrosómico, por lo que el momento de efectuar el diagnóstico de la desproporción pélvico cefálica es cuando se constata la falta de progresión del trabajo de parto, como sucedió en el presente caso y pone de manifiesto el médico inspector en su informe.

En relación con el retraso en el diagnóstico de la trombosis venosa efectuado el día 3 de noviembre de 2017, el informe de la Inspección destaca como la paciente fue tratada correctamente mientras estuvo ingresada *“presentando una evolución favorable, estando apirética, sin signos de infección de la herida quirúrgica, ni signos de TVP ni TVS en MMII. Se le administró hierro por presentar hemoglobina baja, analgesia para el control del dolor y profilaxis antitrombótica con heparina”*. Resalta que la paciente desde que fue dada de alta y hasta el día 27 de diciembre no precisó asistencia sanitaria ni en Urgencias ni fue atendida por su médico de Atención Primaria.

Por lo que se refiere a la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias los días 27 a 30 de octubre, y la Unidad de Hospitalización

a domicilio entre los días 30 de octubre a 2 de noviembre, el informe de la Inspección Sanitaria considera correctas todas las actuaciones porque, aunque el diagnóstico al final no fue de pielonefritis aguda, este era coherente y acorde con los síntomas referidos, los signos presentados y el resultado de la analítica y el sedimento de orina, siendo todo ello compatible con el diagnóstico de sospecha de pielonefritis aguda que se hizo. El médico inspector destaca, y así resulta corroborado con la historia clínica, cómo se mantuvo a la paciente en observación para control evolutivo, cómo se solicitaron las pruebas diagnósticas oportunas en cada momento y se realizó interconsulta con Ginecología, que descartó complicaciones en ese momento.

Como es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) 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”.*

Por tanto, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante tras el parto por el Hospital Universitario Infanta Leonor fue correcta, como concluye el informe de la Inspección Sanitaria que señala que *“no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente”* y que *“el personal sanitario que atendió al paciente, siguió siempre los*

*procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso”.*

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 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

*“...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”.*

**SEXTA.-** La reclamante alega, igualmente, falta de información durante el parto y con posterioridad al mismo. Del estudio de la historia clínica resulta acreditado que la reclamante fue correctamente informada desde su ingreso en el hospital de toda su evolución durante el parto y después del mismo, sin que puede afirmarse, como alega la interesada, que hubo información insuficiente. En este sentido, constan en la historia clínica anotaciones en las que se refleja el cumplimiento de esta obligación.

No obstante, es cierto que los documentos de consentimiento informado obrantes en la historia clínica, con excepción del correspondiente a la anestesia epidural, no están firmados por la paciente y el facultativo correspondiente, como pone de manifiesto la reclamante en el trámite de audiencia

En este punto cabe recordar que esta Comisión Jurídica Asesora viene resaltando en sus dictámenes (por todos, el 54/18, de 8 de febrero y 529/19, de 12 de diciembre), que la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, viene impuesta legalmente en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En concreto, el artículo 8 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que *“toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”* y, en su apartado segundo que *“el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*.

La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución, según ha considerado el Tribunal Constitucional, en su sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

A diferencia de los consentimientos informados para las ecografías de diagnóstico prenatal que tampoco aparecen firmados por la paciente en la historia clínica, al no tratarse de un procedimiento

diagnóstico invasivo, ni suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente; la inducción al parto o la realización de un TAC sí puede considerarse una técnica invasiva y como tal, exige la formalización del consentimiento informado por escrito.

Por ello, al no constar en la historia clínica todos los documentos de consentimiento informado firmados por la reclamante, debe apreciarse la existencia de mala praxis.

En estos casos la valoración de dicho daño es extremadamente complicada por su gran subjetivismo -sentencias del Tribunal Supremo de 6 de julio de 2010 (recurso 592/2006) y 23 de marzo de 2011 (recurso 2302/2009)-. En punto a su concreta indemnización, la Sentencia de 11 de mayo de 2016 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso. 1018/2013), resalta la dificultad de cuantificar ese daño moral, para lo cual deberán ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso a la hora de determinar la cuantía *“de un modo estimativo atendiendo a las circunstancias concurrentes, sin que, ni siquiera con carácter orientativo, proceda fijar la cuantía de la indemnización con base en módulos objetivos o tablas indemnizatorias como las contempladas en las resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”*.

En el caso de la reclamante, ponderando las circunstancias, consideramos adecuada reconocerle a la reclamante una indemnización de 6.000 euros, cantidad que debe considerarse actualizada.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer una indemnización de 6.000 euros por la vulneración del derecho a la información de la reclamante, cantidad que debe considerarse actualizada.

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 19 de enero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 10/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid