

Dictamen nº: **126/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de marzo de 2021, 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 el asunto promovido por Dña. y D., en su propio nombre y en el de su hija menor de edad,, sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada durante el parto de la niña en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial remitido trae causa del escrito presentado por las personas citadas en el encabezamiento registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud, el día 7 de octubre de 2019, en el que reclaman por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

El escrito de reclamación detalla que el 12 de octubre de 2018, a las 10:00 horas, la interesada ingresó para la inducción al parto en el Hospital Universitario Infanta Sofía, con un embarazo de 40+1

semanas y una cesárea previa en el 2014. Refiere que al poner los monitores se detectaron contracciones, pero se decidió esperar dos horas para ver si el parto se desencadenaba sin medicación, si bien, como no fue así, a las 12:00 horas le administraron prostaglandinas, pues, según se explicó, esa medicación evita sufrir contracciones descontroladas que pueden ser peligrosas al tener una cesárea previa.

Según se indica en el escrito de reclamación, aunque esa medicación puede tardar hasta 24 horas en hacer efecto, la interesada empezó a tener contracciones más regulares y dolorosas muy rápidamente, por lo que a las 21:30 horas ingresó en el paritorio con una dilatación de 3 centímetros y mucho dolor, por lo que la reclamante solicitó la anestesia epidural.

El escrito de reclamación explica que el anestesista llegó al paritorio a las 22:30 horas; que en ese momento el dolor era inaguantable y continuo y que en el paritorio la interesada se desmayó y que pudo escuchar que se trataba de una rotura uterina. La hija de los interesados nació a las 23:00 horas, con un pH de 6,96, al margen de otras complicaciones, permaneciendo cinco días ingresada en neonatos por sufrimiento fetal.

Por lo expuesto, los interesados entienden que no se prestó la asistencia y vigilancia adecuada al tratarse de un parto de riesgo, lo que tuvo como consecuencia un retraso en la intervención de urgencia. Entienden que deben ser indemnizados por el sufrimiento padecido por la niña, por los daños físicos de la gestante durante el parto y por el tiempo que tardó en sanar de la rotura uterina, así como por los cinco días que la recién nacida estuvo ingresada, y especialmente, por el sufrimiento que les causa la incertidumbre sobre la evolución física y psíquica de su hija. Por todo ello reclaman una indemnización en cuantía que no concretan.

El escrito de reclamación se acompaña con el libro de familia de los interesados (folios 1 a 8 del expediente).

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

La reclamante, de 39 años de edad en la fecha de los hechos, acudió a la primera consulta de control de embarazo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Sofía el 5 abril de 2018. Se hizo constar como antecedente obstétrico que había tenido en el año 2011 un parto prematuro con feto muerto anteparto en la semana 27 de gestación y una cesárea en el año 2014 por presentación podálica. Se había realizado un estudio de trombofilia detectando la mutación de la MTHFR y se había aconsejado la toma de Adiro en la gestación.

El embarazo transcurrió sin incidencias, realizándose los controles habituales según protocolo.

El 10 de octubre de 2018 la reclamante acudió a consulta del Servicio de Obstetricia. Dados sus antecedentes obstétricos y teniendo en cuenta que se trataba de un feto de peso elevado, ese día se propuso la inducción del parto al alcanzar la semana 40. Consta anotado que la paciente deseaba parto vaginal y que se entregó el documento de consentimiento informado. También figura que en caso de cesárea la reclamante no deseaba ligadura tubárica. En cuanto a la inducción del parto, se anota que se explican riesgos y beneficios, así como el riesgo de fracaso de inducción y rotura uterina.

El 12 de octubre la interesada ingresó a las 10:44 horas para la inducción del parto. En el registro tococardiográfico basal aparecía dinámica irregular. La exploración era desfavorable, con un cérvix formado, posterior y permeable a 1 dedo. Se decidió dejar que

evolucionara durante dos horas para valorar si las contracciones que presentaba modificaban la exploración.

A las 12:30 horas de ese día se anota que se reevalúa a la gestante y que la exploración es similar. En el Registro Cardiotocográfico Externo (RCTGE) consta: “*RAF + FCF (frecuencia cardiaca fetal) basal a 140 lpm, buena variabilidad, dinámica escasa*”. Tras comprobar que no se había modificado, se colocó Propess intravaginal.

La reclamante ingresó en el paritorio a las 21.30 horas, con Propess retirado. Se avisó al anestesista para administrar anestesia epidural. Durante el procedimiento de anestesia epidural se realiza monitorización externa con mala captación por la posición materna.

Tras el procedimiento de anestesia, la reclamante se empieza a encontrar mal. La frecuencia cardiaca fetal es de 90-100. Se rompe bolsa con líquido amniótico claro y en cantidad normal a las 22:50 horas y se instala monitor interno. Se coloca a la gestante en decúbito lateral izquierdo y se administra oxígeno. Tras no mejorar la frecuencia cardiaca fetal, se avisa al ginecólogo a las 22:55 horas y se coloca a la reclamante en decúbito lateral derecho.

A la llegada de ginecólogo, la paciente está sudorosa y nerviosa, con mucho dolor en el abdomen. Se detecta bradicardia fetal a 70 lpm. Se explora sin tactar presentación y con líquido amniótico sanguinolento. Ante la sospecha de rotura de útero se pasa a quirófano y se realiza cesárea.

Al abrir peritoneo se observa contenido sanguinolento y los pies del feto y la placenta en cavidad abdominal. Se extrae al feto que se entrega al pediatra. Se confirma una rotura completa de la cicatriz uterina... con mínima prolongación vertical hacia el cuerpo del útero, pero que no se extiende ni a parametrios ni al cérvix. La vejiga está

indemne y la orina es clara. Se realiza histerorrafia en una capa continua y posteriormente puntos sueltos de hemostasia y refuerzo, previa exteriorización del útero.

Se anota como hora de nacimiento de la niña las 23:04 horas. Nace con peso de 4.400 y Apgar 9/10. No precisa reanimación y presenta pH de cordón 6.95, coanas permeables y líquido teñido. Se traslada a la recién nacida a la Unidad de Neonatología para observación.

La madre permaneció esa noche en la Unidad de Reanimación posquirúrgica para mayor vigilancia. El puerperio transcurrió sin incidencias, solo con anemia que se trató con ferrotterapia intravenosa y oral. Posteriormente ingresó en planta con constantes dentro de límites normales y el útero contraído a nivel umbilical. El sangrado vaginal era escaso y la sonda vesical permeable, con orina clara. La herida quirúrgica presentaba buen aspecto. Se anotó que la interesada deseaba dar lactancia materna, anotándose que esta fue a demanda y efectiva. Dada la evolución favorable, la reclamante recibió el alta hospitalaria el 16 de octubre de 2018.

El 21 de octubre de 2018 la reclamante acudió al Servicio de Urgencias por sangrado vaginal. La exploración arrojó resultados normales y en la ecografía, se constató: útero regular. Línea endometrial 8.6 mm. Cercano a cérvix hasta 11.9 mm sugerente de restos hemáticos. Sin signos de retención de restos placentarias ni endometritis. Se descartó patología urgente en dicha asistencia.

La interesada acudió el 31 de octubre a revisión. En la exploración los genitales externos y la vagina se encontraban en parámetros normales. Se observaron restos hemáticos escasos. No presentaba leucorrea (secreción vaginal). El cérvix estaba cerrado, no era doloroso ni mostraba sangrado activo. El útero estaba bien

involucionado a nivel de sínfisis. El abdomen se encontraba blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. La herida quirúrgica estaba en correcto proceso de cicatrización. En ecografía abdominal / transvaginal se apreció el útero puerperal vacío y la línea endometrial lineal. Se visualizaban puntos de sutura en zona de histerorrafia correctos. No se visualizó patología anexial, ni líquido libre en Douglas o en flancos. Se ofreció la posibilidad de anticoncepción mediante DIU o un método de planificación definitiva. Se citó a la reclamante en consulta del Servicio de Ginecología para valoración del método de planificación familiar, lo que tuvo lugar el 6 de marzo de 2019, cuando la reclamante manifestó su deseo de tratamiento con gestágenos.

En cuanto a la niña, ingresada al nacimiento en la Unidad de Neonatos, presentó polipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) intermitente en las primeras horas. Pequeño neumotórax en lóbulo superior izquierdo, sin afectación en la ventilación. Hematomas a nivel costolateral, en probable relación con la extracción en el parto. Ecografía cerebral y abdominal normal. Tinte subictérico tratado con fototerapia. Recibió el alta hospitalaria el 17 de octubre, con los siguientes diagnósticos: *“1º Acidosis perinatal. Rotura uterina. 2º Distress respiratorio inmediato transitorio. 3º Probable nevus sebáceo de Jadassohn. 4º Hiperbilirrubinemia no isoimmune. 5º Recién nacido a término de peso elevado para la edad gestacional”*.

El 8 de marzo de 2019, a los 5 meses de edad, la niña fue revisada en Neuropediatría, por riesgo neurológico, sin incidencias, salvo remisión a Rehabilitación por pulgar izquierdo levemente en inclusión.

A los 12 meses de edad, el 29 de octubre de 2019, el juicio clínico era de normalidad. No mostraba respuestas patológicas y el 11 junio de 2020, recibió el alta con normalidad neurológica y motora.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior se inicia expediente de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC). Consta en el expediente que se requirió a los interesados para que concretaran el importe de la indemnización solicitada o al menos los parámetros para su cuantificación, si bien no figura en la documentación examinada que dicho requerimiento fuera atendido.

Se ha incorporado al procedimiento la documentación médica correspondiente a la atención dispensada a las interesadas, madre e hija, en el Hospital Universitario Infanta Sofía (folios 10 a 116 y 123 a 218 del expediente).

Asimismo, se ha unido al procedimiento el informe de 22 de abril de 2020 del jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del referido centro hospitalario que, tras hacer un resumen de la historia clínica de la reclamante, explica que la gestante no presentó complicaciones ni durante el ingreso ni posteriormente, como se pudo comprobar en sus visitas a Urgencias y a consulta, y la niña, hasta la última revisión, con 14 meses de edad, presentaba un desarrollo psicomotor completamente normal y adecuado para su edad.

Señala que permitir el parto vaginal en vez de indicar una cesárea electiva por el antecedente de cesárea anterior, fue correcto, ya que la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva unas tasas de morbimortalidad superior a las del parto vaginal, y, en general, se admite que el parto vaginal después de una cesárea es un método seguro y práctico y que entre el 60-80% de las pruebas de parto después de una cesárea concluyen en un parto vaginal satisfactorio, incluso en presencia de una indicación recurrente para la cesárea previa. Añade que, según los protocolos vigentes, la reclamante cumplía los criterios requeridos y ninguna de las contraindicaciones

para el parto vaginal. La primera cesárea se le había practicado por una presentación podálica y el intervalo transcurrido era de 4 años, lo que aportaba mayor seguridad.

Por lo que se refiere a la inducción al parto, señala que es una de las técnicas más utilizada en Obstetricia y que se considera indicada cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los beneficios de permitir que el embarazo continúe, siempre que no existan contraindicaciones y se cumplan las condiciones adecuadas para realizar dicha conducta. Se aceptan como indicaciones terapéuticas aquellas situaciones clínicas en que el embarazo debe finalizar en un período de tiempo razonablemente corto. En este caso, el motivo era por sus antecedentes obstétricos y el elevado peso fetal estimado, que aconsejaba no prolongar el embarazo en aras de evitar los riesgos de la macrosomía. Añade que la reclamante aceptó el procedimiento, firmando el documento de consentimiento informado. Explica que cuando las condiciones cervicales son desfavorables, como ocurría en el caso de la interesada, es posible acelerar la maduración del cérvix, antes de la inducción. El objetivo es mejorar los resultados del procedimiento, lo que se traduciría en la disminución del tiempo de parto, tasa de cesáreas, y globalmente un descenso de la morbilidad materna y fetal. Para ello se utilizan prostaglandinas, que no se puede considerar, en sentido estricto, un método de inducción del parto, si bien en ocasiones puede desencadenar el mismo. En este caso se colocó Propess, que es uno de los métodos de maduración cervical indicado cuando existe una cesárea anterior.

Respecto si se actuó correctamente para minimizar el riesgo de rotura de útero, el informe indica que entre las medidas más recomendables para la prevención están: controlar adecuadamente el empleo de la oxitocina, principalmente en grandes multíparas, inducciones difíciles, sospechas de desproporción pélvico-fetal, partos

prolongados y fetos muertos; seleccionar debidamente los casos de cesárea anterior a la hora de permitir el parto por vía vaginal; evitar el uso de misoprostol en cesáreas anteriores; proscribir las presiones fúndicas excesivas y evitar partos y maniobras traumáticas (fórceps medio retador, versión interna con gran extracción). En este caso, el informe indica que es fácil comprobar que se actuó con prudencia. La dinámica era espontánea, porque se habían eliminado las prostaglandinas y no se llegó a administrar oxitocina.

El informe añade que la rotura de útero es siempre un acontecimiento inesperado que surge de manera súbita en un parto que hasta ese momento se desarrollaba con normalidad y que además es un accidente de extrema gravedad, pues puede provocar la muerte tanto del feto al verse privado de su aporte de oxígeno, como de la madre por hemorragia masiva. Detalla que los síntomas y signos capitales de la rotura uterina completa son: pérdida del bienestar fetal, el feto suele presentar en el 50-70% de los casos graves, alteraciones de la frecuencia cardiaca (desaceleraciones variables, tardías y bradicardias mantenidas); disminución evidente o cese de la dinámica uterina; ascenso de la presentación fetal; dolor abdominal (aún en presencia de analgesia regional); partes fetales fácilmente palpables y hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicos maternos y shock.

El informe explica que varios de esos síntomas fueron detectados por el ginecólogo cuando la matrona le avisó, sospechando la rotura uterina e indicando la realización de una cesárea emergente, y que transcurrieron solo 9 minutos desde la llegada del médico a la extracción fetal y gracias a esa rapidez y al poco tiempo transcurrido desde que se produjo la rotura hasta el nacimiento, la niña solo presentó una hipoxia aguda de la que se recuperó inmediatamente y sin secuelas, lo que hace también pensar que la rotura se produjo pocos minutos antes porque de otra manera hubiera existido una

hipoxia mantenida que indudablemente hubiera producido graves secuelas o incluso muerte fetal.

De igual modo se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Sanitaria que tras examinar los reproches efectuados por los interesados, la historia clínica y el informe emitido en el curso del procedimiento y realizar el correspondiente juicio crítico, concluye que la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Infanta Sofía fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*: la gestante cumplía los criterios requeridos y ninguna de las contraindicaciones para un parto vaginal; cuando la reclamante ingresó, se colocó un dispositivo de liberación controlada de prostaglandinas (Propess), que es uno de los métodos de maduración cervical indicado cuando existe una cesárea anterior; de todo ello, así como del riesgo de rotura se le informó en consulta y además constaba en el documento de consentimiento informado que entregó firmado; los síntomas de rotura uterina fueron detectados por el ginecólogo cuando la matrona le avisó, e indicando la realización de una cesárea emergente. Transcurrieron solo 9 minutos desde la llegada del médico a la extracción fetal y gracias a esa rapidez y al poco tiempo transcurrido desde que se produjo la rotura hasta el nacimiento, la niña solo presentó una hipoxia aguda de la que se recuperó inmediatamente y sin secuelas; la gestante no presentó complicaciones ni durante el ingreso ni posteriormente, como se pudo comprobar en sus visitas a Urgencias y a consulta, y la niña, hasta la última revisión, con 14 meses de edad, presentaba un desarrollo psicomotor completamente normal y adecuado para su edad, siendo dada de alta.

Una vez instruido el procedimiento y, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se procedió a dar trámite de audiencia a los interesados. No consta en el expediente que los reclamantes formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 10 de febrero de 2021 se dicta propuesta de resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria fuera contraria a la *lex artis*.

CUARTO.- El día 23 de febrero de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen preceptivo en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 85/21, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 16 de marzo de 2021.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de “*Expedientes*

tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: a. Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a quince mil euros o la cuantía sea indeterminada”.

En el presente caso, los interesados no han concretado el importe de la indemnización solicitada por lo que al ser de cuantía indeterminada resulta preceptivo el dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora.

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 menor ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto que recibió la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Infanta Sofía contra la que se reclama. Actúa debidamente representada por sus padres a tenor de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a los firmantes del escrito de reclamación con la niña mediante copia del libro de familia.

Asimismo, cabe reconocer la legitimación activa de la madre por los daños físicos que reclama y que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada por el referido centro hospitalario durante el parto de la niña. De igual modo cabe reconocer la legitimación de los padres por el supuesto daño moral que invocan consistente en la incertidumbre sobre la evolución física y psíquica de su hija.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario Infanta Sofía, centro sanitario integrado en la red asistencial pública madrileña.

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, los interesados reclaman por la asistencia sanitaria durante el parto ocurrido el 12 de octubre de 2018, por la que recibieron el alta hospitalaria, la madre y la niña, los días 16 y 17 de octubre de 2018, respectivamente, por lo que presentada la reclamación el 7 de octubre de 2019 debe entenderse formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Infanta Sofía. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria. Además, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se ha conferido trámite de audiencia a los interesados, que no han formulado alegaciones y se ha redactado la oportuna propuesta de resolución que

ha sido remitida, junto al resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo

jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado 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, alterándolo, en el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los interesados reprochan que no se prestara una asistencia y vigilancia adecuada durante la atención del parto de su hija, de manera que entienden que hubo un retraso en la intervención de urgencia por una rotura uterina. En virtud de lo expuesto reclaman una indemnización por los daños físicos sufridos por la gestante y por el tiempo que tardó en sanar de la rotura uterina; por el sufrimiento padecido por la niña y los cinco días que la recién nacida estuvo ingresada y por el daño moral que les causa la incertidumbre sobre la evolución física y psíquica de su hija.

No resulta controvertido en el expediente que la reclamante sufrió una rotura uterina durante el parto de su hija, ocurrido el 12 de octubre de 2018 y que permaneció ingresada hasta el día 16 de octubre de 2018, cuando recibió el alta hospitalaria, por la buena evolución, y en la revisión de 31 de octubre de ese año en el Servicio de Ginecología se confirmó la normalidad del aparato genital. Por lo que se refiere a la niña, tampoco existe controversia sobre el hecho que la recién nacida permaneciera ingresada durante cinco días en la Unidad de Neonatos, si bien la historia clínica muestra que la evolución de la niña ha sido favorable de manera que a los 12 meses de edad el juicio clínico era de normalidad y en el mes de junio de 2020, recibió el alta con normalidad neurológica y motora.

Por lo que se refiere al daño moral alegado por los padres, hemos señalado reiteradamente que, por oposición al patrimonial, es el derivado de la lesión a derechos inmateriales y que *“la situación básica para que pueda darse un daño moral indemnizable consiste en un sufrimiento o padecimiento psíquico o espiritual, impotencia, zozobra, ansiedad, angustia”*, constituyendo *“estados de ánimo permanentes de una cierta intensidad (...)”* (así Dictamen 143/18, de 22 de marzo). También hemos indicado con reiteración que, al igual que el daño patrimonial, el daño moral debe ser probado, y en este caso más allá de la alegación en abstracto del daño psicológico sufrido, los reclamantes no acreditan en modo alguno la realidad y el alcance de los supuestos daños morales padecidos, que además, según se extrae de la historia clínica no deriva de datos objetivos pues según se constata en la documentación examinada, la evolución de la niña se ha movido dentro de parámetros de normalidad.

Acreditada la realidad de los daños en los términos expuestos, 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 gestante, 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, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que atendieron el parto en el Hospital Universitario Infanta Sofía, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con 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). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que la asistencia sanitaria “*fue adecuada y de acuerdo a la lex artis*”.

Entrando en el análisis de la asistencia sanitaria reprochada, cabe indicar, en primer lugar, que los informes médicos coinciden en afirmar que el parto vaginal, en lugar de cesárea electiva, era correcto en el caso de la interesada, aunque existiera el antecedente de una cesárea previa. Según los mencionados informes, la gestante cumplía las indicaciones, según los protocolos vigentes, para el parto vaginal (una o dos cesáreas transversales bajas previas; pelvis clínicamente adecuada sin desproporción pelvi-fetal; ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad e infraestructura adecuada para intentar un parto vaginal tras cesárea) y ninguna de las contraindicaciones (

incisión uterina clásica previa o en T; complicaciones quirúrgicas en la cesárea previa tales como desgarros cervicales extensos; cirugía uterina transfúndica o cirugía uterina previa con acceso a cavidad; rotura uterina previa; complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal; estrechez pélvica e imposibilidad de realizar una cesárea urgente por falta de medios o personal). Los informes destacan que la existencia de una cesárea anterior, no contraindica, en la gran mayoría de los casos, un parto vaginal y es la vía de parto de elección. Se destaca que la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva unas tasas de morbimortalidad superior a la del parto vaginal, por lo que debe ofrecerse a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal, con una tasa de éxito que se sitúa entre el 60-80%.

Por lo que se refiere a la inducción al parto, los informes médicos también coinciden en afirmar que se realizó de manera correcta y que estaba indicado en el caso de la reclamante. Según señala la Inspección Sanitaria en su informe se considera indicada la inducción del parto cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los beneficios de permitir que el embarazo continúe, considerándose como indicaciones aquellas situaciones en las que el embarazo debe terminar en un tiempo razonablemente corto, lo que concurría en el presente caso por los antecedentes obstétricos y el elevado peso fetal estimado que aconsejaba no prolongar el embarazo en aras de evitar los riesgos de macrosomía.

Además, cuando las condiciones cervicales son desfavorables, como ocurría en este caso, el informe de la Inspección explica que es posible acelerar la maduración del cérvix, antes de la inducción, con el objetivo de mejorar los resultados de este procedimiento (disminución

del tiempo de parto, tasa de cesáreas y descenso de la morbilidad materna y fetal). Para ello se utilizan prostaglandinas, que, según sus propias palabras, no se puede considerar, en sentido estricto, un método de inducción al parto, si bien en ocasiones puede desencadenar el mismo. En este caso, afirma la Inspección Sanitaria, se actuó correctamente, al colocar un dispositivo de liberación controlada de prostaglandinas (Propess) *“que es uno de los métodos de maduración cervical indicado cuando existe una cesárea anterior”*. Como explica el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en este caso, el método fue efectivo y a las 21:30 horas se exploró a la paciente, comprobando que tenía una dilatación de 3 centímetros, por lo que se retiró de la vagina y se pasó a la interesada al paritorio para continuar con el parto, administrar analgesia epidural y monitorizar al feto de manera continua, como marca el protocolo.

Por otro lado, el hecho de que la interesada sufriera una rotura uterina, no implica falta de diligencia y cuidado en la asistencia en el parto, como pretenden los reclamantes, que tampoco han aportado prueba alguna en este punto. Por el contrario, a pesar de que se actúe correctamente, como afirman los informes médicos que ocurrió en este caso, el mayor riesgo del parto vaginal después de una cesárea es la rotura uterina, con una incidencia en menos del 1% de los casos, y según subrayan los informes médicos que obran en el expediente, así figuraba en el documento de consentimiento informado que firmó la interesada para parto vaginal con cesárea previa y para la inducción al parto. Además, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en destacar que en el caso de la interesada se actuó con prudencia con el objetivo de minimizar el riesgo de rotura uterina, así no se llegó a administrar oxitocina, tal y como está recomendado.

Por otro lado, respecto al retraso de diagnóstico invocado por los interesados, pues sostienen que la parturienta refirió síntomas de rotura uterina desde el momento de la administración de la anestesia

epidural, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en afirmar que dichos síntomas se empezaron a manifestar cuando la matrona avisó al ginecólogo, trascurriendo solo 9 minutos desde la llegada del especialista hasta la extracción fetal, lo que hizo que la recién nacida solo sufriera una hipoxia aguda de la que se recuperó rápidamente y sin secuelas, y que según los informes médicos permite sostener que la rotura se produjo pocos minutos antes, porque de otra manera hubiera existido una hipoxia mantenida que indudablemente hubiera producido graves secuelas e incluso muerte fetal. Se trataría de un acontecimiento inesperado que surge de manera súbita en un parto que hasta ese momento se desarrollaba con normalidad, según resulta de los informes médicos que obran en el expediente.

En definitiva, para la Inspección Sanitaria, a pesar de la rotura uterina sufrida por la interesada, la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Sofía, fue conforme a la *lex artis*, y “*la rápida y eficaz actuación del personal sanitario ante una situación extremadamente grave como es la rotura uterina consiguió resolver la misma sin secuelas ni para la madre ni para la recién nacida*”, y a estas conclusiones debemos atender, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala

praxis en la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario Infanta Sofía.

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 16 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 126/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid