

Dictamen nº: **231/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.05.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 18 de mayo 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 relación con la reclamación formulada por Dña., (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios causados a su hija derivados de una incorrecta asistencia al parto en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó el 26 de septiembre de 2017 en una oficina de Correos un escrito en el que formula una reclamación por la atención sanitaria prestada en el HUDO en el que recogía como domicilio a efectos de notificaciones el despacho de un abogado.

Posteriormente se remite el mismo escrito con presentación en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid el 26 de octubre de 2017.

En el citado escrito expone que, el 12 de septiembre de 2014, ingresó en el HUDO en la semana 38 de gestación por rotura de la bolsa

amniótica sin que se le prestara la atención necesaria pese a dicha rotura hasta cincuenta y cuatro horas después, cuando se la intervino para dar a luz. El parto duró 185 minutos y su hija nació a las 10:05 horas del 14 de septiembre.

Su hija padeció múltiples complicaciones desde el nacimiento y así presentaba hipoactividad, no podía succionar el pecho, reaccionaba a estímulos pero a los pocos segundos, quedaba dormida presentando temblores distales finos de miembros superiores y, ocasionalmente, de inferiores que cedían con la presión. Asimismo, presentaba insuficiencia respiratoria obstructiva.

El 15 de septiembre de 2014 ingresó en Pediatría por riesgo de infección por amniorrexis prolongada y dificultad respiratoria estando ingresada hasta el 17 de octubre de 2014.

La niña ha presentado un retraso madurativo que ha dado lugar a una discapacidad del 47% reconocida por la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Afirma que no sabe que enfermedad padece su hija pese a que ha acudido a múltiples hospitales (HUDO, Niño Jesús, Rey Juan Carlos, Gregorio Marañón).

Considera que, puesto que el embarazo fue normal, “*se debe entender*” que fue incorrecto el retraso de 54 horas en ser atendida desde la rotura de la bolsa máxime cuando, en los casos de prematuridad, no se recomienda demorar el parto más de 24 horas ya que se corre el riesgo de que el líquido suelto produzca una amnionitis existiendo, además, riesgo de infección recogiendo el escrito de reclamación una serie de complicaciones que en estos casos pueden surgir antes y después del parto.

Considera que los daños ocasionados por la situación de su hija, que se proyectaran en su limitación para la vida diaria, pueden valorarse en 800.000 euros, cantidad que reclama como indemnización a lo que suma los gastos por los tratamientos en centros privados de fisioterapia y rehabilitación que valora en 700 euros mensuales.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado la historia clínica del HUDO y del Hospital Universitario Rey Juan Carlos ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, nacida en 1986 y con antecedentes de asma moderado, alergia a doxiciclina e intervención quirúrgica por fibroadenomas bilaterales en mamas, acudió a Urgencias del HUDO el 20 de enero de 2014 (folios 117-118) por dolor abdominal y amenorrea de 5 semanas. Asimismo, refiere dolor en hipogastrio y ambos FII. Dudosos síndrome miccional.

Estaba en tratamiento en Consulta de Esterilidad por esterilidad de varios años de evolución, había realizado 3 ciclos de fecundación in vitro y estaba pendiente de transferencia de embriones congelados.

En la exploración física se aprecia un abdomen blando, depresible, no masas ni megalías, levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal.

En analítica presenta gestación positiva. En ecografía se observa imagen econegativa con refuerzo sugestiva de vesícula germinal (VG) intrauterina de 6 mm sin visualizarse aún ecos embrionarios en su interior.

Se establece el juicio clínico de gestación incipiente vs. gestación molar vs. no evolutiva (folios 117-118).

Acude a la consulta de Obstetricia del mismo Hospital el 20 de febrero de 2014 (folios 116). Presenta embarazo normal con una edad gestacional de 9+3 semanas y acude por reagudización de su proceso asmático tras cuadro gripal. La citología y el exudado son negativos.

Asiste a la Unidad de Medicina Fetal del HUDO el 14 de marzo de 2014 (folios 112-113) para cribado del primer trimestre.

En la ecografía no se observan anomalías fetales significativas, aunque el estudio morfológico está limitado, dada la edad gestacional. Placenta anterior baja, estructura normal. Líquido amniótico normal.

Se trata de una gestación en curso que corresponde con amenorrea. Índice de riesgo combinado del primer trimestre evaluado por la combinación de edad materna, marcadores ecográficos y bioquímica sérica materna: bajo para trisomía 21 y para trisomía 18. Por ello no se recomienda estudio citogenético.

La historia materna indica un bajo riesgo “*a priori*” de preeclampsia de alrededor del 2-5%. Por ello, se reevaluará el riesgo en el segundo trimestre mediante doppler de las arterias uterinas.

Acude a Obstetricia el 14 de marzo de 2014 (folios 114-115) siendo el motivo de consulta un embarazo normal. Se recogen sus antecedentes de asma moderado valorado por Alergología. En esta visita la edad gestacional es de 12+4 semanas. Rubeola IgG 1ºTrim: Positivo. El resto de las analíticas es negativo.

Refiere sensación de presión/molestias en reborde costal. Exploración normal. Vómitos matutinos que no desea tratar con fármacos. Presenta acné en tratamiento con clindamicina tópica. Ecografía primer trimestre: acorde con amenorrea.

Ha estado en Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha con diagnóstico de infección del tracto urinario tratada con monurol. Se explican connotaciones de asma y gestación.

La reclamante acude el 5 de mayo de 2014 (folios 110-111) a la Unidad de Medicina Fetal para ecografía morfológica fetal. En la realización de esta se observan quistes de plexo coroideo bilateral de 3 y 4 mm aislados.

Se informa a los padres del buen pronóstico, siendo lo normal su desaparición en futuros controles.

La exploración morfológica fetal es satisfactoria sin mostrar anomalías morfológicas ni estigmas de cromosomopatías. Gestación en curso que corresponde con amenorrea. Feto único normalmente desarrollado.

En consulta en Obstetricia el 4 de junio de 2014 con una edad gestacional de 24+1 semanas, buen estado general.

La reclamante acude el 4 de julio de 2014 (folios 105-106) a la Unidad de Medicina Fetal para ecografía del tercer trimestre. En la misma no se observan anomalías morfológicas, en concreto los quistes de plexos coroideos descritos en el control ecográfico previo no se visualizan. El crecimiento fetal, la cantidad de líquido amniótico y el estudio Doppler fetal son normales. La madre refiere buenos movimientos fetales que también se objetivan durante la ecografía. Se anota: *“En resumen, gestación en curso que corresponde con amenorrea. Feto único normalmente desarrollado”*.

También acude a la consulta de Obstetricia (folios 107-109) siendo el motivo de consulta embarazo normal. Valorada el día anterior en Alergia por una reagudización de su proceso asmático con buen control

por lo que no modifican tratamiento. Se recogen los resultados de la ecografía y se solicita “AS 3 T con toxo y eco del tercer trimestre” (sic).

Acude el 6 de agosto de 2017 a la Unidad de Medicina Fetal para ecografía del III Trimestre (folios 103-104). En ella no se observan anomalías morfológicas. El crecimiento fetal, la cantidad de líquido amniótico y el estudio Doppler fetal son normales. La madre refiere buenos movimientos fetales que también se objetivan durante la ecografía. En resumen: Gestación en curso que corresponde con amenorrea. Feto único normalmente desarrollado. En consulta de Obstetricia se pide exudado para Sp B.

Acude a Consulta de Obstetricia el 11 de septiembre de 2014 (folios 100-102) se anota que está asintomática salvo dinámica irregular que precisó acudir el día anterior a Urgencias, realizándose exploración con cérvix sin modificar y RTG normal. Exudado v-r + para estreptococo. RCTG de ese día: 1301/m, RAF +, dinámica irregular apenas percibida por la paciente. Se reexplora con cérvix blando, borrado 505 cerrado. Se indica control semanal con RCTG.

Ingresa en Obstetricia y Ginecología del HUDO el 12 de septiembre de 2014. Se anota que ingresa a las 7:45 horas desde Urgencias por rotura prematura de membranas a las 4:20 horas.

Se trata de una paciente primigesta con una gestación única y un curso del embarazo normal. En el día del ingreso la edad gestacional es de 38+3 semanas. Bolsa rota en gestante a término.

En la exploración obstétrico-ginecológica se observa una dilatación de 0, borramiento del 40% con una situación longitudinal, presentación cefálica, tono fetal normal. Se observa líquido amniótico claro.

Se establece el siguiente tratamiento:

- Canalizar vía venosa periférica.
- Si parto pasar a dilatación.
- Aporta preoperatorios normales.
- Iniciar protocolo de profilaxis para infección por estreptococo del grupo B.
- RCTG ahora y por turnos.
- Si BR mayor de 12 horas avisar a MG para método de inducción. (folios 94-95).

Se realiza RCTG, se canaliza vía venosa periférica y se extrae sangre grupo rH +.

A las 8:00 horas se inicia protocolo antibiótico con 5 millones de unicilina en 100 cc de suero fisiológico iv. A las 12:00 se administran 2,5 millones iv A las 16,00 se administra 2,5 millones iv. A las 20:00 horas se administra 2,5 millones iv.

A las 17:30 horas el médico de guardia de tarde indica la colocación de Propess para comenzar la inducción del parto (folio 121).

A las seis horas de haber comenzado la inducción la paciente es explorada de nuevo no apreciándose cambios por lo que se decide mantener el Propess.

A las 12 horas del inicio (5:35 horas) se procede a realizar una nueva exploración estando el cuello uterino cerrado, borrado en un 30-40 % y de consistencia dura. Se retira el Propess y tras 30 minutos de registro cardiotocográfico normal se procede a continuar la inducción con oxitocina a las 7:25 horas del día 13, 27 horas después de haber

tenido lugar la rotura de la bolsa y 14 después de haber comenzado la inducción (folio 127).

Es explorada a las 10 horas del día 13 de septiembre. Consta 3 mU/min de oxitocina, monitorización externa, contracciones normales, registro FCF normal, TV, cérvix cerrado, 13 30 %, posterior, c ½, SES.

La paciente firma el consentimiento informado para analgesia epidural para el parto (folio 132).

El catéter de anestesia epidural es colocado a las 11 horas (folio 131).

A las 14:00 horas se realiza una nueva exploración apreciándose un cuello uterino de posición y consistencia media, borrado en un 80 % y con una dilatación de 1 cm.

A las 18:00 horas, aproximadamente 24 horas después de haber comenzado la inducción, la exploración muestra un cuello uterino blando y centrado, borrado en un 80% y con 2 cm de dilatación. A las 20 horas la paciente presenta 4 cm de dilatación A las 5 horas del día 14 la paciente tiene 8 cm de dilatación.

Durante este tiempo las constantes maternas son normales, y la gráfica de actividad cardiaca fetal sigue mostrando un patrón reactivo, no existiendo signos ni de infección materna ni fetal. Cada 4 horas se sigue administrando unicilina para mantener la profilaxis de la infección del recién nacido por el estreptococo del grupo B.

A las 10:05 del día 14 de septiembre (185 minutos después del inicio del parto) tiene lugar un parto eutócico, con un recién nacido hembra de 3.280 gr. con test de Apgar al primer minuto de 9 y al quinto minuto de 10 (folio 128). Según el informe del Servicio de Ginecología la gasometría en cordón umbilical muestra un pH arterial de 7,35 y

venoso de 7,36. Dichos datos se confirman en los análisis aportados (folios 269-270).

Tanto la reclamante como la niña son trasladadas a la planta de Hospitalización obstétrica a las dos horas de parto, tras ser evaluada la recién nacida por el Servicio de Neonatología y no apreciándose signos de infección.

La hija de la reclamante precisó aspiración de secreciones pese a ser un recién nacido término de peso adecuado para su edad gestacional por lo que es ingresada en Neonatología el 14 de septiembre de 2014 a las 20:00 horas.

Consta en un informe de ese servicio de 8 de octubre de 2014 que avisan a las siete horas de vida desde la planta de maternidad. La paciente presenta clara hipoactividad, no siendo capaz de succionar el pecho, reaccionando a estímulos, pero quedando dormida segundos después de estimularla. Además, presenta temblores distales finos de miembros superiores y ocasionalmente de miembros inferiores que ceden con la presión. A nivel cardiorrespiratorio pese a presentar abundantes secreciones la dinámica pulmonar no está afectada pero la perfusión y la coloración no es buena.

Presenta secreciones abundantes que no es capaz de deglutir. Se alimenta por sonda. Hipotonía axial en la sujeción vertical y horizontal con nula tracción cefálica. El tono en miembros superiores es normal y hace movimientos escasos, pero simétricos, con apertura y cierre de manos. Los miembros inferiores se mantienen flexionados y cruzados. El tono es normal-discretamente elevado. Hiporreactividad global. Reflejos primarios presentes (folio 68).

Se ingresa en el Área de Transición, se deja a dieta absoluta, se coloca sonda nasogástrica, se monitoriza, se canaliza vía venosa

periférica, se pauta fluidoterapia iv a necesidades basales y se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina iv. Se retira antibioterapia tras 72 horas ante la normalidad de las pruebas complementarias pasando posteriormente a zona de ingreso.

Desde el nacimiento presenta secreciones espesas, no meconiales tanto en fosas nasales como en boca y orofaringe. Al bajar al Área Transición persisten los ruidos de secreciones en vías respiratorias y abundante salivación, por lo que se pasan las sondas por ambas coanas y orofaringe siendo estas permeables. La saturación es del 100% y la paciente no muestra signos de dificultad respiratoria. Posteriormente comienza a presentar episodios de desaturación hasta 70% con cianosis facial que se corresponden con acúmulos de secreciones y que mejoran con aspiración de secreciones y aplicación de oxígeno indirecto.

Se produce mejoría progresiva tras aspiración de las secreciones y mejoría del manejo de las mismas por parte de la niña.

Desde el nacimiento presenta hipotonía axial con movimientos espontáneos disminuidos. A la exploración al ingreso no presenta dismorfias ni asimetrías faciales. Presenta hipotonía axial en la sujeción vertical y horizontal sin tracción cefálica, el tono de los miembros superiores e inferiores es normal, presenta escasos movimientos espontáneos, sin posturas anómalas, ni pulgares incluidos. Los reflejos primarios están conservados.

Se solicita valoración por Otorrinolaringología (ORL) realizándose laringoscopia para valoración de cuerdas vocales en la que no se objetiva paresia de las mismas.

Durante su ingreso es valorada por Sindromología solicitándose cariotipo y estudio genético para Prader Willi.

Permaneció en seguimiento por el Servicio de Neurología infantil. Dentro del estudio de hipotonía se descartó afectación neuro-muscular mediante realización de EMG que no mostró alteraciones. Se realizó test con Neostigmina, descartándose miastenia gravis. Se pospuso la biopsia muscular ante la mejoría del tono general.

Durante su ingreso recibió fisioterapia respiratoria y oro-buco-lingual con estimulación de la succión. La evolución es lenta pero progresivamente favorable con mejoría en el tono muscular y movimientos espontáneos. En cuanto a deglución seguía estancada, aunque era capaz de tomar por boca unos 5 cc de leche desde hacía dos días. Precisó alimentación por sonda orogástrica y se evita el paso de la sonda por la nariz para mejorar la respiración.

Se trasladó a la planta de Lactantes para continuar seguimiento con los siguientes diagnósticos: 1. Recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional; 2. Taquipnea transitoria. Insuficiencia respiratoria; 3. Hipotonía congénita de probable origen central; 4. Trastorno de la succión-deglución.

El 15 de septiembre de 2014 se realiza valoración sindrómica por hipotonía axial, hipertonia de miembros inferiores y dificultades para la succión (no succión ni deglución). Se hace constar que el embarazo estuvo controlado y el parto fue normal, interrumpida piel con piel por abundantes secreciones nasales.

En la exploración física se aprecia hipotonía axial llamativa, no traccióncefálica, leve hipertonia de extremidades inferiores, no reflejo de succión, movimientos espontáneos escasos. Se realiza ecografía cerebral sin hallazgos significativos.

Como diagnóstico principal se formula “*hipotonía neonatal a estudio. No impresiona de patología sindrómica*”.

Durante su estancia en planta de Lactantes permanece estable, afebril, sin episodios de desaturación ni atragantamientos, con buena tolerancia a la alimentación. En ese momento, no se incrementan los aportes orales por no deglución activa y se esperará a ver evolución e indicaciones de fisioterapia.

La niña precisa unos cuidados especiales al necesitar alimentación por sonda nasogástrica y vigilancia estrecha por parte de la madre.

Tras comprobar estabilidad clínica se decide alta hospitalaria el 17 de octubre de 2014 con seguimiento en consultas externas para ver evolución y con tratamiento de Fisioterapia.

Con posterioridad al alta tras el parto la niña ha precisado numerosas asistencias médicas, exponiéndose a continuación los principales resultados de las mismas.

El 16 de diciembre de 2014 se realiza Interconsulta a Neurología, por el trastorno de succión-deglución. Se trata de lactante de 3 meses con hipotonía axial al nacimiento y trastorno de succión-deglución, siendo alimentada por sonda nasogástrica. En los estudios realizados en HUDO solo se han encontrado en la RMN posible alteración de señal en la parte posterior del bulbo raquídeo y dudosa en la parte posterior de núcleos putámenes. Está pendiente de estudios metabólicos especiales.

Los padres solicitan una segunda opinión en el Hospital Universitario del Niño Jesús de forma preferente.

La reclamante y su hija acuden a Pediatría general del HUDO el 15 de enero de 2015.

Se anota que, tras el alta, se ha mantenido estable en domicilio con regurgitaciones frecuentes, pero sin atragantamientos. Le recambian la

sonda nasogástrica varias veces al día en domicilio con náuseas y congestión facial en el recambio de sonda, pero sin vómitos hemáticos.

Ha sido valorada en Cirugía y planifican cirugía de Nissen + gastrostomía.

Ingresa el 26 de enero de 2015 en Cirugía Pediátrica-General del HUDO realizándose al día siguiente funduplicatura de Nissen con sección de vasos cortos. Cierre de pilares con 1 punto de ticon 3-0. Manguitos con dos puntos sonda de 12F. Gastrostomía de Stamm sobre pezzer de 14F. También se realiza biopsia muscular en cuádriceps izquierdo. Recibe el alta el 3 de febrero de 2015

Acude a Neurología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús el 30 de abril de 2015 para segunda opinión.

La niña realiza fisioterapia respiratoria y terapia Vojta desde el nacimiento de forma diaria. Seguimiento por logopedia para estimulación de la succión. Alimentación a través de gastrostomía

Se sugiere realizar genética de enfermedad de Steinert.

El 6 de mayo de 2015 acude al Servicio Otorrinolaringología (ORL) del Hospital Universitario Rey Juan Carlos para plantear videofluoroscopia de deglución. Se realiza endoscopia sin alteraciones, pero con marcadas secreciones.

Previa firma del consentimiento informado se realiza videofluoroscopia el 22 de mayo de 2015. Durante el estudio presenta clara aspiración PES-8 sin tos asociada pero, al presentar fiebre, se remite a Urgencias donde se diagnostica infiltrado pulmonar y se pauta antibiótico.

Tras un intento frustrado por fiebre se realiza el 19 de junio de 2015 la videofluoroscopia. Con todas las consistencias presenta una mala coordinación respiración deglución y, si bien a lo largo del estudio no se objetiva aspiración con consistencia miel, sí presenta dicha aspiración con consistencia líquido, en un grado PES: 6-7 en fase deglutoria-postdeglutoria. Se establece el diagnóstico de “*disfagia orofaringea*”.

Se indica a los padres que la rehabilitación logopédica infantil es absolutamente imprescindible y que la evolución de la deglución de la paciente, aun considerando que a largo plazo será positiva, hay que esperar que sea muy lenta y progresiva.

Acude a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Universitario Niño Jesús el 4 de agosto de 2015 por trastorno de succión deglución.

En la exploración física se aprecia buen estado general. No hay signos de dificultad respiratoria. AP: buena entrada de aire bilateral, abundantes ruidos transmitidos de vías altas.

Se escuchan ruidos de secreciones constantemente. Abdomen: portadora de gastrostomía. SN: hipotonía axial. Buen tono de extremidades con cierta hiperextensión de extremidades inferiores en suspensión vertical sin apoyo plantar en bipedestación. Sostén cefálico. No sedestación estable. Hemiparesia inferior facial izquierda.

Tras una valoración de las aspiraciones que se apreciaron en la videofluoroscopia se considera que habrá que valorar la necesidad de una adecuada rehabilitación de la musculatura orofaríngea y posteriormente la posibilidad de combinar la alimentación a través de la gastrostomía y por vía oral.

Como tratamiento se recomienda la actitud expectante sin introducir alimentos vía oral. Se comenta en reunión multidisciplinar y se decide estimular la musculatura orofaríngea con la intención de, a plazo medio, poder iniciar la alimentación con mucho cuidado por boca.

El 4 de febrero de 2016 acude a revisión a la Consulta de Deglución del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Se realiza valoración supervisada de la deglución, sin eventos de seguridad. Se establece el diagnóstico de disfagia orofaríngea y se recomienda seguir con la misma pauta

Acude a revisión en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Universitario Niño Jesús el 4 de agosto de 2017. Se anota que en abril de 2016 (19 meses) tomó por boca los purés. En su última revisión el 7 de junio de 2017 (2 años y 7 meses) refieren que se encuentra bien contenta y activa. Iniciará escolarización en septiembre. Actualmente se mantiene de pie con ayuda, se mantiene sentada y es capaz de superar pequeños desniveles. No habla.

En la exploración neurológica se anota que presenta regular contacto con el medio, hipotonía y se mantiene sentada.

Se anota que de forma paulatina ha ido consiguiendo alimentación por boca, presentando en el momento actual clínica de insuficiencia velopalatina solo con determinados alimentos. Sería necesario realizar una videofluoroscopia y evitar la administración por boca, dada la posibilidad de que pudiera presentar aspiraciones silentes.

La paciente acude el 7 de noviembre de 2017 al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Ya toma 360 cc de miel y se cita para videofluoroscopia que se realiza el 17 de noviembre.

Se realiza el estudio con alimentos baritados a consistencia miel y líquido. Con todas las consistencias presenta una mejoría notable de la coordinación respiración-deglución, sin presentar aspiración durante el estudio, con dudosa penetración puntual PAS 2, de escasa significación clínica y se recoge la necesidad de persistir en la rehabilitación logopédica de la deglución.

Consta un informe de 23 de marzo de 2018 del Servicio de Neuropediatria del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat (Barcelona) aportado por la reclamante el 18 de abril de 2018 en el que se hace un resumen de las pruebas practicadas y se recogen las realizadas en dicho centro (examen físico, analítica sanguínea, electromiograma, vídeo-electroencefalograma, estudio del líquido cefalorraquídeo, resonancia cerebral y evaluación oftalmológica).

Tras exponer los resultados considera que los hallazgos de la resonancia y del electroencefalograma permiten entender que “*es probable*” que existiese un evento pre/perinatal que justifique la neuroimagen en una paciente con patología genética (síndrome Rett-like) de base. Partiendo de los criterios establecidos en la literatura médica para el Síndrome de Rett cumple tres principales y cinco de soporte. Afirma que en los estudios genéticos realizados se han analizado algunos genes relacionados con este fenotipo, pero se han dejado otros sin analizar algunos de los cuales se asocian a fenotipo Rett-like sin regresión cognitiva por lo que se cursa nuevo exoma clínico en ese centro cuyos resultados se remitirán a la familia y a la neuropediatra del HUDO.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 14 de enero de 2018 la jefe de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas dirige un escrito a la reclamante indicando que ha de acreditar su parentesco con la menor y justificar que la reclamación no está prescrita.

Por escrito en cuya presentación telemática en la Comunidad de Madrid no consta fecha alguna (folio 26) se aportan fotocopias del Libro de Familia a efectos de justificar el parentesco y una justificación en cuanto a que el derecho a reclamar no está prescrito basándose en la condición de “*caso excepcional*” y la ausencia de un diagnóstico claro de la patología que sufre la hija de la reclamante por lo que estaríamos ante un supuesto de daño continuado.

Aporta fotocopias de documentación médica.

Consta un informe de 27 de diciembre de 2017 (folios 134-135) del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUDO en el que se afirma que “*está construido*” sobre la base de la historia clínica existente en el HUDO y se limita a relatar la asistencia prestada a la reclamante sin referencia alguna a los reproches recogidos en la reclamación. Tampoco contempla la patología que padece la niña indicando tan solo que, a fecha del informe, se encuentra en estudio por Pediatría de ese hospital.

El 14 de mayo de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria, tras ser reiterada la petición por parte de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas con fecha 15 de abril de 2019.

El informe, partiendo de la historia clínica del HUDO, del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid así como del informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUDO, recoge la asistencia prestada a la reclamante y a su hija y en conclusiones considera que no hay evidencia de que la

asistencia prestada sea contraria a la *lex artis* pero: “*No obstante no es posible pronunciarse sobre las lesiones que presenta la recién nacida basadas sobre todo en un Trastorno de la deglución que ha precisado la realización de una gastrostomía para su alimentación, siendo imprescindible la Rehabilitación logopédica infantil, no pudiéndose establecer cuál ha sido la causa de la misma. Asimismo, presenta un Trastorno neurológico de origen no filiado*”.

El informe no contiene referencia alguna a los datos contenidos en el informe del Hospital Sant Joan de Déu.

Consta en el expediente un informe pericial evacuado por una especialista en Ginecología a instancia de la aseguradora de la Administración fechado el 16 de agosto de 2019.

En el mismo destaca que en los casos de rotura prematura de membranas, los estudios clínicos han demostrado que la maduración inducción del parto en las primeras 24 horas tras la rotura presenta mejores resultados que una actitud expectante.

Considera que en este caso se actuó de forma correcta al mantener una actitud expectante en las primeras 12 horas. Tras ese periodo se procedió a la inducción del parto con la colocación de un Propess. A las 25 horas de la rotura (5.48 horas) es trasladada a la sala de dilatación con un cérvix muy desfavorable y profilaxis antibiótica durante el ingreso por lo que a las 7.25 horas se inicia la inducción con oxitocina con dosis muy bajas.

En ningún momento existió fiebre, señal de corioamnionitis.

El parto se desarrolló con normalidad y en los tiempos propios de una primípara sin que existan datos de asfixia intraparto. Considera que esa asfixia requiere el cumplimiento de cuatro criterios esenciales

que no se cumplen en esta paciente ya que el ph de sangre del cordón al nacimiento fue de 7,35 (normal).

Afirma que, aunque se hubiera adelantado el nacimiento mediante una cesárea (no indicada), no se habría modificado la evolución de la enfermedad de la recién nacida.

Considera que se actuó con arreglo a la *lex artis*.

El 11 de septiembre de 2019 se concede a la reclamante el trámite de audiencia.

El abogado de la reclamante presenta un escrito de forma telemática cuyo formulario de presentación aparece en blanco en el expediente salvo la fecha de 28 de octubre de 2019 al que acompaña un escrito de alegaciones.

En dicho escrito muestra su disconformidad con el informe de las Inspección y con el informe pericial de la aseguradora. Destaca que la Administración no ha ofrecido ninguna explicación sobre la causa de la patología de la hija de la reclamante y afirma que las dudas sobre un posible origen genético han quedado descartadas puesto que el Hospital de Sant Joan Despí (sic) en informe de 26 de abril de 2019 (que no aporta) ha descartado la sospecha de Síndrome de Rett-like.

La viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 29 de noviembre de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al no haberse vulnerado la *lex artis* basándose en el contenido tanto del informe de la Inspección Sanitaria como del pericial aportado por la aseguradora.

Con fecha 17 de diciembre de 2019, el expediente tuvo entrada en esta Comisión Jurídica Asesora que emitió el Dictamen 22/20, de 23 de enero, en el que se consideraba necesaria la retroacción para que los

informes de los servicios a los que se imputa el daño como el de la Inspección analizasen determinada documentación médica aportada la por la reclamante y, asimismo, se requiriese a la reclamante determinada documentación médica. Tras ello debería concederse un nuevo plazo de audiencia.

El 7 de febrero de 2020 se solicita a la reclamante que aporte documentación médica a la que alude en sus escritos.

El 13 de febrero de 2020 emite nuevo informe el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUDO. En el mismo expone la asistencia prestada y realiza una serie de precisiones.

En primer lugar, aporta los datos de la gasometría en cordón umbilical, arterial y venosa, que no figuraban en la historia clínica remitida con anterioridad.

Considera que, en este caso, no concurren las características necesarias para vincular la situación clínica de la niña con una asfixia intraparto. Adjunta un artículo de la revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology* en el que se recogen tales criterios en la Tabla 1 debiendo estar presentes los cuatro criterios esenciales para vincular una parálisis cerebral a un evento hipóxico intraparto sin que tales criterios estén presentes en este caso.

En ocasiones los problemas cerebrales congénitos no son tanto producto de una hipoxia intraparto (solo el 10%) como de alguna noxa que actúa prenatalmente, que en la mayoría de los casos es de origen desconocido. Sin embargo, en este caso particular, resulta difícil establecer una relación entre el problema clínico de la niña, los hallazgos en las técnicas de imagen y un posible evento prenatal dado que las primeras exploraciones realizadas fueron completamente normales y no fue hasta casi los tres meses de vida cuando comienzan

a verse alteraciones que el propio radiólogo cataloga de discretas y dudosas.

Por último, rechaza que haya relación entre el tiempo transcurrido desde la rotura de membranas, el nacimiento del recién nacido y las posibles repercusiones en este, siempre y cuando no haya complicaciones intraparto que obliguen a actuar con antelación. En este sentido, el transcurso del parto fue normal, tal y como quedó reflejado en el primer informe, no existiendo complicaciones ni maternas ni fetales que justificaran la realización de una cesárea.

Adjunta una analítica urgente del cordón umbilical en la que el pH arterial es de 7.35 y el venoso de 7.36, en ambos casos los parámetros normales son de 7.35 a 7.45.

El 14 de febrero de 2020 emite informe el jefe del Servicio de Pediatría del HUDO.

Relata que, a las pocas horas del nacimiento, se constató una hipotonía generalizada en la paciente por lo que se solicitó interconsulta a Neurología infantil que diagnosticó hipotonía congénita de características centrales y trastorno de la succión deglución, diagnóstico mantenido hasta la fecha del informe.

La niña ha sido objeto de seguimiento por diversos servicios (Neurología infantil, Endocrinología infantil, Enfermedades Raras, Oftalmología, entre otros) presentando un retraso madurativo global grave. Se han llevado a cabo numerosas pruebas diagnósticas para descartar diversas enfermedades metabólicas, mitocondriales, endocrinológicas, genéticas (incluyendo la realización de paneles genéticos) y pruebas de imagen, que no han logrado establecer la causa del cuadro, que se ha considerado como una encefalopatía prenatal, entidad que hace referencia a un trastorno cerebral que se origina antes

del nacimiento y que puede ser debido a infecciones (que se han descartado), sustancias tóxicas y causas genéticas, que tampoco se han encontrado. Es importante tener en cuenta que incluso con las herramientas genéticas más potentes, como las que se han utilizado en este caso, en un porcentaje muy elevado de pacientes con trastornos similares no se llega a conocer la causa de la enfermedad.

Considera que puesto que el informe obstétrico refiere que no hubo signos de sufrimiento fetal y que la analítica realizada en el momento del parto descarta objetivamente este diagnóstico y teniendo en cuenta que se han descartado enfermedades estructurales del sistema nervioso central, enfermedades metabólicas, mitocondriales y diferentes enfermedades genéticas, ha de llegarse a la conclusión de que el cuadro de la paciente es una encefalopatía prenatal, sin que, hasta el momento, haya podido hacerse un diagnóstico más preciso sobre su causa.

El 18 de febrero y el 6 de mayo de 2020 la reclamante aporta la información médica que le había sido requerida. En concreto se aporta un informe genético del HUDO en el que se concluye que no se identifica ninguna variante que justifique el cuadro de la menor.

El 31 de julio de 2020 aporta un informe médico del HUDO destacando que en el mismo se alude a un “*debut neonatal*” de la patología de la niña.

El 18 de noviembre de 2020 emite informe complementario la Inspección Sanitaria.

Comienza por destacar que no le ha sido remitido el informe de 23 de marzo de 2018 del Servicio de Neuropediatria del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat (Barcelona) que considera que los hallazgos de la resonancia y del electroencefalograma permiten entender que “*es probable*” que existiera un evento pre/perinatal que justifique la

neuroimagen en una paciente con patología genética (síndrome Rett-like) de base.

Entiende que los datos del informe preliminar del estudio genético de 26 de abril de 2019 del citado hospital consideran que no hay variantes que puedan considerarse patogénicas en relación con el Síndrome Rett-like.

Por otra parte, en el informe de 11 de septiembre de 2019 del Servicio de Pediatría (Neurología pediátrica) del HUDO se anota que la paciente no porta gastrostomía y ya come todo por boca y [consta] “*Parálisis Cerebral Infantil, tipo tetraparesia espástico-distónica de causa no filiada*”. También en el informe de esa misma fecha de Pediatría-Enfermedades raras constan los resultados de una RM de enero de 2017 en la que (al igual que en estudios anteriores) se observa una alteración de señal que afecta a núcleos laterales y posteriores del tálamo. Además, parece que hay una cierta pérdida de volumen. El resto del estudio encefálico es normal. Por ello se concluye que hay alteración de la señal y pérdida de volumen en núcleos posteriores y laterales de ambos tálamos y lesiones simétricas, bilaterales. Les parece que son lesiones residuales.

También en ese informe se hace constar que la niña es portadora heterocigota del cambio patogénico c.1330 G >C (p.D444H) en el gen BTD. Los resultados de ese estudio no permiten confirmar ni descartar el diagnóstico ya que este cambio está asociado a una enfermedad recesiva, por lo que sería necesario otro cambio patogénico para confirmar el diagnóstico.

Por otra parte, también es portadora heterocigota de otros cambios, de significado clínico incierto, en los genes que aparecen en el apartado de interpretación que podrían estar asociados con el fenotipo que presenta. Son necesarias pruebas complementarias que permitan

segregar dichos cambios y determinar la implicación que tienen en el desarrollo de la enfermedad. Se solicita estudio de segregación de la mutación encontrada en OFD1.

El informe del Servicio de Genética del HUDO de 27 de febrero de 2020 recoge que, tras realizar un estudio mediante secuenciación masiva del exoma completo, filtrando el análisis para los genes incluidos en los paneles de distonías y paraparesia espástica de inicio en la infancia se concluye que no se ha identificado ninguna variante que justifique el cuadro clínico en los genes estudiados. Ahora bien, especifican que un resultado negativo no descarta un origen genético de la enfermedad. Los resultados de este estudio deben ser evaluados en una consulta especializada de asesoramiento genético.

Añade que el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología al que se ha hecho referencia se niega que haya habido una hipoxia intraparto que justifique el cuadro y que la rotura de membranas haya tenido relación ya que el parto fue normal sin razones que justificaran una cesárea.

Cita igualmente el informe del Servicio de Pediatría expuesto anteriormente.

Por todo lo puesto, la Inspección “insiste” en que no existe evidencia de que la asistencia prestada durante el parto a la reclamante fuese incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

En cuanto a las lesiones de la menor, esta presenta un “Retraso psicomotor” y una “Parálisis Cerebral infantil tipo tetraparesia espástico-distónica” de causa no filiada. Actualmente no porta gastrostomía y ya come todo por boca. Se han descartado enfermedades estructurales del sistema nervioso central, enfermedades metabólicas, mitocondriales y diferentes enfermedades genéticas, aunque estas últimas de manera no concluyente, por lo que se llega a la conclusión de que el cuadro de la

paciente es una encefalopatía prenatal, sin que, hasta el momento, haya podido hacerse un diagnóstico más preciso sobre su causa.

El 25 de noviembre de 2020 la Inspección realiza una segunda ampliación de su informe al haber recibido el informe de 23 de marzo de 2018 del Servicio de Neuropediatria del Hospital Sant Joan de Deu.

Tras exponer los datos y conclusiones de ese informe manifiesta que en el mismo especifican que “*No existen claros antecedentes de sufrimiento perinatal*” y que “*Es probable que existiera un evento pre-perinatal que justifique la neuroimagen*” pero no aportan ninguna prueba que justifique dicha sospecha de sufrimiento pre/perinatal, que asimismo ha sido descartado en informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUDO que manifiesta que no están presentes las características ni esenciales ni accesorias para vincular dicha situación clínica con una asfixia intraparto. Asimismo, en el informe de Neurología Pediátrica del HUDO consta que la paciente presenta una “*Parálisis Cerebral Infantil, tipo tetraparesia espástico-distónica de causa no filiada*”.

En función de todo lo expuesto, insiste en que no existe evidencia de que la asistencia prestada durante el parto haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

El 1 de febrero de 2021 se concede audiencia a la reclamante. Consta la notificación telemática y aceptación ese mismo día por parte de su abogado.

No figura en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 26 de marzo de 2021, en la que propone al

órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al no haberse vulnerado *la lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 9 de abril de 2021, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 18 de mayo de 2021.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía 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.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la 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 actúa en la representación legal que ostenta conforme el artículo 162 del Código Civil de su hija menor de edad por los daños que esta sufrió y que achaca a la asistencia sanitaria prestada en el parto.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUDO que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC.

En este caso, la asistencia sanitaria relacionada estrictamente con el parto terminó con el alta hospitalaria el 17 de octubre de 2014. En ese momento, además, la reclamante conocía que su hija padecía un trastorno de succión-deglución. Aplicando estrictamente el artículo 67.1 de la LPAC la reclamación presentada el 26 de septiembre de 2017 estaría, en principio, prescrita.

Ahora bien, ha de destacarse que ese no fue el final de la asistencia sanitaria ni tampoco puede decirse que en ese momento quedaron fijadas las secuelas puesto que la menor ha recibido desde entonces una constante atención por los servicios sanitarios, siendo tratada por múltiples servicios y siendo, incluso sometida a una intervención quirúrgica. Ha quedado acreditado que, incluso después de la propia reclamación, ha sido sometida a estudios genéticos para determinar su enfermedad. Todas estas circunstancias y el que en los informes sanitarios no quede claro cuál va a ser la futura evolución de la niña permiten establecer que estaríamos ante un daño continuado. Como señaló el Tribunal Supremo en su Sentencia de 13 de mayo de 2010 (rec. 2971/2008) la *actio nata* coincide con la determinación de las

secuelas “*aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable*”.

En este sentido, la propia sentencia añade que hay casos en los que no hay curación ni es posible determinar las secuelas, bien porque la naturaleza de la enfermedad no permita prever la evolución, bien porque en su desarrollo se produzcan secuelas imprevistas y no determinadas. En esos casos cabe interponer la reclamación después de transcurrido el año desde que se produjo el diagnóstico de tal forma que se computaría desde que el momento en que es posible la determinación del daño. A ello habría que sumar las enfermedades excepcionales de imprevisible evolución en las que el daño sería continuado y reclamable en cualquier momento.

En este caso, la determinación de las secuelas no estaba en modo alguno fijada a la fecha de la reclamación y, de hecho, no está ni tan siquiera filiada la enfermedad que padece la niña por lo que no cabe entender prescrito el derecho a reclamar máxime teniendo en cuenta la interpretación restrictiva que usualmente se ha venido aplicando al instituto de la prescripción, así la Sentencia del Tribunal Supremo (Civil) de 6 de febrero de 2007 (rec. 5362/1999). En el caso que nos ocupa parece claro que, ni los servicios sanitarios ni mucho menos la reclamante, pueden establecer cuál va a ser la evolución de la patología de la niña que, como decimos, no está ni tan siquiera determinada. Por ello, ya se aplique la doctrina de los daños continuados o la doctrina de la *actio nata* del artículo 1969 del Código Civil, no puede considerarse que la reclamación sea extemporánea.

En lo que respecta a la tramitación del procedimiento se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, se admitió la prueba documental

aportada por el reclamante y la pericial aportada por la aseguradora de la Administración. Emitió informe la Inspección Sanitaria y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC.

Tras el Dictamen 22/20 se recabó de la reclamante la aportación de documentación médica, se solicitaron nuevos informes de los servicios implicados y se completó la historia clínica con los análisis del pH del cordón umbilical.

La Inspección Sanitaria amplió sus conclusiones iniciales con la emisión de dos informes complementarios.

Finalmente se concedió nuevo trámite de audiencia a la reclamante sin que se presentaran alegaciones.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española 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 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.- La reclamación considera que hubo una inadecuada actuación en el parto de la reclamante de tal forma que fue la causa del retraso madurativo que padece la hija de la reclamante.

Tal y como se ha expuesto, en los antecedentes de hecho se trata de un supuesto de una gran complejidad médica, habiéndose realizado a la menor múltiples estudios (incluidos estudios genéticos) sin que se haya determinado con exactitud el origen de la patología de la menor.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la *lex artis* cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate”.

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015):

“Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985 , 9.6.1986 , 22.9.1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997 , 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3^a) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992 , entre otras)”.

La reclamante achaca la causa de la patología de la niña a la asistencia prestada en el parto, pero no aporta prueba adecuada alguna que permita acreditar esa relación. En los informes médicos del Hospital Sant Joan de Déu se alude a “*no claros antecedentes de sufrimiento perinatal pero historia de hipotonía desde el nacimiento (¿evento prenatal?)*” (folio 168).

Sin embargo, el informe del Servicio de Ginecología del HUDO considera que la asistencia sanitaria en el parto fue la adecuada sin que procediera la realización de una cesárea destacando que el pH del cordón umbilical entraba en los parámetros de normalidad y que no concurrían los criterios que la literatura médica considera necesarios para que pueda hablarse de que una parálisis cerebral es debida a una situación de hipoxia en el parto.

Esta opinión se ve respaldada tanto por el informe del Servicio de Pediatría como por el informe pericial elaborado por una especialista en Obstetricia y Ginecología aportado al procedimiento que considera que el parto se desarrolló con normalidad en el tiempo de trabajo de parto (primigesta con parto inducido y sin signos de alarma) sin que hubiera sufrimiento fetal a la luz de la monitorización con test de Apgar y gasometría en cordón dentro de los parámetros normales sin datos de encefalopatía hipóxico-isquémica relacionada con el parto.

Estas conclusiones se ven respaldadas por la opinión de la Inspección Sanitaria cuya opinión tiene para esta Comisión una especial relevancia dadas sus notas de especialización técnica e independencia, siendo este también el criterio seguido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su reciente Sentencia de 11 de febrero de 2021 (rec. 421/2017), entre otras muchas.

Un caso con ciertas similitudes al presente ya que se discutía si el daño cerebral fue causado durante el parto o con anterioridad al mismo fue objeto de nuestro Dictamen 362/16, de 28 de julio, en el que se consideró que no había datos suficientes para considerar que los daños que presentaba el niño fuesen debidos a la actuación durante el parto, siendo esa conclusión confirmada por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de marzo de 2019 (rec. 684/2016).

En este caso también nos hallamos ante un acontecimiento desgraciado que ha ocasionado un daño evidente, pero no hay ningún elemento probatorio que permita establecer una relación causal con la asistencia prestada en el parto debida a que se incumpliese la *lex artis* por parte de los facultativos que atendieron el parto.

Los numerosos estudios realizados a la niña plantean posibles alteraciones genéticas que no han sido confirmadas o un posible evento anterior al parto que no se llega a concretar.

En todo caso ha de recordarse que la medicina no es una ciencia exacta, de tal forma que solo supone una obligación de medios y no de resultados tal y como reitera constantemente la jurisprudencia, así las sentencias del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012 (rec. 4891/2011) y del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 10 de febrero de 2014 (rec. 1339/2011).

De igual forma ha de recordarse que, en un caso como este en el que numerosos facultativos de distintos hospitales no son capaces de establecer la causa de la patología que afecta a la niña, resulta de aplicación lo establecido en el artículo 34.1 de la LRJSP al indicar que:

“No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.”

Por ello al no establecerse que las graves patologías de la niña puedan ser atribuidas a la asistencia sanitaria recibida y constando en los informes médicos evacuados, tanto de los servicios del HUDO como de la Inspección Sanitaria y en el informe pericial aportado, que esa asistencia sanitaria fue correcta no puede apreciarse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la presente reclamación al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 18 de mayo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 231/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid