

Dictamen n.º: **236/21**
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 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 derivada de la asistencia sanitaria dispensada tras el parto de la niña en el Hospital Universitario de Móstoles, al entender que el daño cerebral que sufre su hija se produjo durante el contacto piel con piel posterior a su nacimiento.

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 2 de agosto de 2019, en el que reclaman por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Móstoles.

Señala el escrito de reclamación que, sin antecedentes de interés, la gestación de la hija de los reclamantes fue controlada íntegramente en el Hospital Universitario de Móstoles y transcurrió con normalidad.

Refieren los reclamantes que el 27 de julio de 2016, a las 17:52 horas, la gestante ingresó por Urgencias en el citado hospital por sospecha de rotura de membranas. El resultado de la exploración obstétrica fue de gestación longitudinal cefálica, cérvix posterior, consistencia media, borrado en un 40-50% y 1-2 cm de dilatación. Se objetivó rotura de bolsa y líquido amniótico meconial, por lo que se propuso a la reclamante la inducción del parto y se le administraron antibióticos.

Relata el escrito que el parto fue monitorizado desde las 18 horas del 27 de julio de 2016 hasta las 20:10 horas del 28 de julio de 2016. Refieren que, en un principio, se administró Propess y la monitorización reveló un feto reactivo con buena variabilidad. Según afirman, hacia las 22:00 horas del día 27 de julio de 2016, la dinámica comenzó a ser efectiva y se administró anestesia epidural a las 01:14 horas del día 28. Señalan que, a las 04:10 horas, se administró Augmentine como profilaxis antibiótica por rotura de bolsa, con fiebre materna.

Manifiestan que, a las 07:30 horas, apareció una deceleración prolongada, que mantuvo la variabilidad, y se suspendió el goteo de Syntocinon (oxitocina), reanudándose a las 08:05 horas y suspendiéndose de nuevo a las 12:50 horas, ante la aparición de dos deceleraciones. Según el relato, a las 13:10 horas se colocó electrodo en el cuero cabelludo fetal.

Refieren los reclamantes que a las 21 horas del 28 de julio de 2016 tuvo lugar un parto con fórceps previo kiwi (ventosa con la que se realiza el vacío de forma manual) y nació su hija, con 3.200 gramos de peso, Apgar 8/9 y ph de cordón umbilical 7,25/7,30.

Afirman que, tras el nacimiento, su hija necesitó aspiración de secreciones y reanimación y, a continuación, se la dejó en contacto piel con piel con la madre. No obstante, según relatan, al observar que su hija hacía ruidos al respirar y parecía tener dificultad, avisaron repetidamente a la matrona, a la que identifican. Según la reclamación, la matrona no prestó atención a los síntomas que presentaba la recién nacida, *“hasta que finalmente se quedó hipotónica y le decimos alarmados que no respira”*. Refieren que, una vez que acudió la matrona, *“sacudió a la recién nacida y se la llevó a Neonatología”*.

Continúa el relato fáctico señalando que el 29 de julio de 2016, la hija de los reclamantes fue trasladada a la UVI con bradicardia extrema, iniciándose de manera inmediata reanimación cardiopulmonar con intubación y conectando a la niña al respirador. Señalan que se constató acidosis grave, por lo que, después de la intubación, se le perfundió bicarbonato aunque, afirman, poco después, ante la posibilidad de una encefalopatía hipóxico isquémica, se mantuvo a la niña en hipotermia pasiva.

Según la reclamación, la niña permaneció ingresada hasta el 9 de agosto de 2016 y el diagnóstico emitido por los pediatras fue de encefalopatía neonatal estadio II de Sarnat.

Señalan los padres de la menor que el 25 de agosto de 2016, a los 28 días de vida, se le realizó la primera resonancia cerebral, que se informó sin anomalías. Posteriormente, afirman, en enero de 2017, cuando la niña tenía 5 meses de edad, ante la sospecha de que su desarrollo no estaba siendo normal, iniciaron *“una peregrinación por distintos médicos y especialistas, tras lo cual se constató la existencia de un retraso psicomotor”*.

Continúan relatando que el 13 de marzo de 2017, cuando su hija tenía 7 meses y medio, le realizaron la segunda resonancia cerebral en el Hospital Universitario de Móstoles por retraso psicomotor, con el mismo resultado: sin anomalías.

Continúa la reclamación refiriendo que el 4 de agosto de 2018, con 2 años de edad, le realizaron a la hija de los reclamantes una tercera resonancia cerebral por la existencia de un retraso psicomotor, con el siguiente resultado: *“daño cerebral compatible con encefalopatía hipóxico isquémica sufrida a las 2 horas de vida”*. Posteriormente, afirman, el Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón emitió el 4 de septiembre de 2018 el siguiente diagnóstico principal: *“parálisis cerebral infantil tipo tetraparesia espástica con cierto componente distónico en paciente con antecedentes de encefalopatía hipóxico isquémica”*.

El 17 de mayo de 2017, manifiestan los reclamantes, su hija fue valorada por el Centro Regional de Coordinación y Valoración Infantil de la Comunidad de Madrid (CRECOVI), reconociéndole una discapacidad del 33%.

Según el escrito, en septiembre de 2017, como consecuencia de la situación de su hija, el padre solicitó una reducción de su jornada laboral del 25% para poder llevarla a terapia y, al año siguiente, septiembre de 2018, redujo la jornada un 50%.

Continúan relatando que el 19 de mayo de 2019 el CRECOVI revisó la evaluación y asignó a la niña una discapacidad del 65%. Afirman que, en el momento de interponer la reclamación, su hija no camina, no se mantiene sentada y tiene problemas de pronunciación cuando, según exponen en su escrito, el pronóstico, en los niños con diagnóstico de tetraparesia espástica y con componente distónico con afectación de la deglución y de la comunicación, es que tengan también afectación cognitiva, que no hablen, que no coman por sí

mismos, que no se mantengan sentados, que no gateen y que no caminen, ni siquiera con apoyos.

A día de hoy, según el escrito de reclamación, la niña es capaz de comer y, a nivel motor, puede desplazarse mediante el gateo, aunque sigue sin mantenerse sentada, y está llevando a cabo los siguientes tratamientos:

- Fisioterapia: 4 sesiones/semana
- Terapia ocupacional: 1 sesión/semana
- Logopedia: 4 sesiones/semana
- Hipoterapia: 1 sesión/semana
- Acuaterapia: 1 sesión/semana
- Therasuit: 1 sesión/semana, más dos periodos intensivos al año.

Afirman los padres que, al haber sido descritos los efectos de la discapacidad que padece como graves, no es esperable que reviertan y es previsible que su hija tenga que desplazarse en silla de ruedas, por lo que las necesidades que deberán cubrirse son:

- Adaptación de vivienda.
- Adquisición de vehículo adaptado.
- Silla de ruedas y/o andador.
- Bipedestador.
- Cama articulada.

- Traje Theratog.
- Silla de posicionamiento para casa.
- Asiento termoplástico.
- Comunicadores dinámicos alternativos y aumentativos de la comunicación.
- Equipos informáticos adaptados.
- Fisioterapia, logopedia, natación.
- Cuidados de enfermería y asistencia personal.

De igual modo, relatan que la reducción de la jornada laboral paterna para atender a las necesidades de la niña supuso una disminución de 13.000 € en los ingresos familiares durante el primer año y, al año siguiente, redujo la jornada laboral un 50%. Señalan que la familia cuenta con una ayuda social, por cuidado de menor enfermo, que cubre una cantidad de 22.819,8 €/año de sueldo por lo que, descontando esa ayuda, la reducción del sueldo paterno supone una pérdida patrimonial a la familia de 3.180,20 €/año. Además del perjuicio económico, afirman los reclamantes, reducir la jornada en un 50% tiene un impacto negativo en la carrera profesional del padre, pues le obliga a abandonar determinados proyectos para dedicarse al cuidado de la niña y a estimular su desarrollo, a fin de minorar las secuelas que padece lo que, con toda probabilidad, tendrá que seguir haciendo a lo largo de su vida.

En definitiva, concluyen, en el presente caso no se adoptaron las medidas establecidas en la evidencia científica para proteger a la recién nacida de eventos de muerte súbita mientras permanecen en contacto piel con piel con su madre, pues la niña sufrió un episodio frecuentemente letal (muerte súbita del recién nacido) durante el

contacto piel con piel precoz. Señalan que, aunque se trata de un evento infrecuente, dada su importante repercusión en los recién nacidos, es preciso que durante el contacto piel con piel se realice una valoración periódica del recién nacido por parte del personal sanitario. De igual modo, afirman que es necesario informar correctamente a los padres para que eviten y detecten rápidamente estas situaciones y que la buena praxis exige, además, que los profesionales se aseguren de que madre y acompañante conocen y comprenden dicha información.

Según los reclamantes, en el presente caso, esa información y estos cuidados se omitieron y se demoró la atención a la menor, lo que ha condicionado su evolución neurológica ulterior. De esta manera, continúan, se ha perdido la oportunidad de evitar que sufriese unos daños tan severos previniendo y actuando a tiempo, toda vez que la actuación inmediata es sumamente eficaz para revertir los efectos de la “*muerte súbita*” y la evidencia científica muestra que, si se actúa con prontitud, la gran mayoría de los recién nacidos no padece secuelas o son de entidad menor.

Manifiestan que no es posible cuantificar en el momento actual el daño causado, dada la edad de la niña y el tipo de lesiones que ha sufrido, siendo preciso observar su evolución y realizar un estudio de sus necesidades futuras, además de tener acceso completo a la historia clínica que solicitan. Asimismo, a fin de determinar el alcance y posible evolución de estas lesiones, refieren los padres que se ha encargado una valoración pericial de Pediatría e informes de los servicios y profesionales que atienden actualmente a su hija.

Por último, solicitan la identidad de la compañía aseguradora y la historia clínica completa de la gestante y de su hija, tanto del Hospital Universitario de Móstoles como del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, así como los protocolos de actuación del Hospital Universitario de Móstoles vigentes en julio de 2016 para partos de baja

intervención, inducción del parto, actuación y prevención de casos de muerte súbita en piel con piel, si existieran en tal momento. De igual modo, reclaman la práctica de prueba pericial y la identificación, por su nombre, categoría profesional y antigüedad en el momento de producirse los hechos y en la vigilancia postparto de la matrona que atendió el postparto inmediato.

Confieren su representación a un abogado colegiado, a cuyo fin acompañan un poder general para todo tipo de actuaciones otorgado ante notario.

El escrito de reclamación se acompaña con el Libro de Familia de los interesados, diversa documentación médica y copia de la Resolución de revisión del grado de discapacidad de la menor de 21 de mayo de 2019, que establece un grado de discapacidad del 65% (folios 1 a 43 del expediente).

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

La reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles el 27 de julio de 2016, a las 17:52 horas, por sospecha de rotura prematura de membranas, a las 40 semanas+4 días de edad gestacional (embarazo a término), tras un embarazo de curso normal bien controlado con ecografías prenatales normales, en mujer primigesta de 35 años, sana, sin antecedentes patológicos de interés. Cultivo vaginal para estreptococo grupo B, negativo.

En la exploración se constató un cuello del útero borrado entre un 40-50%, con 1-2 cm de dilatación y un líquido amniótico teñido moderadamente de meconio. El registro cardiotocográfico (RCTG) fetal fue normal. Se indicó el ingreso y estimulación/inducción del inicio del parto mediante prostaglandinas (PROPESS) seguido del empleo de la

oxitocina (SYNTOCINON). A las 22 horas, la dinámica uterina era efectiva.

Hacia las 01:30 horas, ya del día 28 de julio de 2016, se administra anestesia epidural. A las 04:10 horas se detectó fiebre materna, por lo que se inició tratamiento con antibióticos (amoxicilina y gentamicina). A las 7:30 horas se produjo una deceleración, pero manteniendo la variabilidad de la línea de base. Se suspendió provisionalmente el Syntocinón (oxitocina). A las 08:05 horas se reanudó la perfusión del Syntocinón. A las 12:50 horas se produjeron nuevamente dos deceleraciones, por lo que se suspendió nuevamente la administración de oxitocina, y a las 13:10 horas se colocó un electrodo fetal de monitorización en la calota del feto (monitorización interna).

A las 21 horas se produjo el parto mediante ayuda instrumental, ventosa (Kiwi) que fue sustituida por un fórceps con resultado satisfactorio.

La pediatra asiste al nacimiento para la atención a la recién nacida: niña de 3.200 gramos de peso, nace cianótica, con escaso esfuerzo respiratorio, hipotónica y con frecuencia cardíaca por debajo de 100 lpm. Se aspiran secreciones meconiales en tráquea. Rápida mejoría de color, del tono y de la frecuencia con llanto, con puntuación del test de Apgar 8/9 (al minuto y cinco minutos de vida) y ph arterial vena umbilical de 7,25-7,30. Se refleja en la historia clínica la exploración física de la niña: auscultación rítmica, sin soplos. Buena ventilación bilateral. Quejido leve intermitente.

Se indica que la recién nacida quede con su madre y se coloca a la recién nacida en la posición de piel con piel (decúbito prono sobre el pecho de la madre). Durante el puerperio inmediato (dos primeras horas post parto), la madre y la recién nacida fueron atendidas por la

matrona encargada y por la enfermera de Neonatología, comprobando la evolución normal de ambas, madre e hija.

A las 22:40 horas la enfermera administra profilaxis antihemorrágica y ocular a la recién nacida.

A las 2 horas y medio de vida, se avisa al Servicio de Neonatología por sospecha de episodio de muerte súbita cuando estaba en brazos de su madre (piel con piel). El personal de Enfermería refiere haber encontrado a la recién nacida en la cama de la madre con mal color (pálida-vasoconstrañida) y sin esfuerzo respiratorio. Es trasladada de forma inmediata a la UCIP con bradicardia extrema, iniciándose reanimación cardiopulmonar con intubación. Se conecta a Babylog 8000 en A/C + VG a 4 cc/kg, PEEP 5, PIP 20. IMV 60 rpm, R02 0.21, Sat O2 100%. Tras la intubación, recupera la frecuencia cardíaca. Ante la posibilidad de encefalopatía hipóxico isquémica, se mantiene en hipotermia pasiva. La exploración neurológica inicial es normal en las primeras horas tras el evento.

A las 5 horas de vida, ante la evidente mejoría de los parámetros gasométricos, se extuba, manteniendo en ese momento una exploración neurológica sugestiva de encefalopatía hipóxico isquémica grado I, según la escala de Sarnat, por lo que se desestima la hipotermia activa. Inicia micción, mantenido buena diuresis y buena función renal durante el ingreso, sin evidencia de necrosis tubular.

A las 6 horas de vida, comienza con irritabilidad marcada que requiere la administración de midazolam. Se mantiene con monitor de función cerebral en el que, a partir de las 12 horas de vida, aparecen crisis frecuentes, la mayoría subclínicas o sutiles, por lo que se administra un bolo de fenobarbital (20mg/Kg) y, posteriormente, ante la ausencia de respuesta, fenitoína a 10 mg/Kg, continuando con pauta de mantenimiento, sin obtener un claro descenso del número de crisis en esta fase inicial.

Los estudios de imagen cerebral, 3 ecografías (a las 12 horas, 4 y 6 días de vida), resultan normales morfológicamente, con índices de resistencia dentro de la normalidad (índice de resistencia de la arteria cerebral anterior entre 0,58 y 0,66 en todos los estudios).

La evolución posterior es favorable, mejorando el contacto con el entorno y normalización de reflejos arcaicos. Clínicamente, alterna durante el día períodos de sueño profundo y escasa reactividad ante estímulos, con períodos de alerta. El 4º día de vida, ante la ausencia de nuevas crisis, se retira fenitoína y se mantiene fenobarbital, que se pasa a vía oral el 6º día de vida de la menor.

La evolución de la niña durante la estancia en la UCIN fue satisfactoria, siendo dada de alta el 9 de agosto de 2016, con buen estado general y recuperación de la exploración neurológica, persistiendo leve hipotonía axial y reflejos osteotendinosos vivos en las cuatro extremidades.

El juicio clínico al alta fue de:

- Encefalopatía neonatal estadio II de Sarnat.
- Colapso neonatal precoz.
- Convulsiones neonatales.
- Insuficiencia tricúspide y leve hipertensión pulmonar.

Se da de alta con la indicación de seguimiento ambulatorio y realización de resonancia nuclear magnética cerebral (RNM) al mes de vida.

El 25 de agosto de 2016, a los 28 días de vida, se realizó una primera resonancia magnética nuclear con el siguiente informe: “no se

observan alteraciones en el córtex cerebral. Sustancia blanca sin alteraciones. Mielinización acorde a la edad de la paciente. Sistema ventricular normal. Cuerpo calloso, normal. Tronco del encéfalo y cerebelo, normales. No se observan artefactos de susceptibilidad magnética en T2 que sugieran restos hemáticos. Estudio de difusión-perfusión, normal. Conclusión: sin alteraciones significativas”.

El 19 de octubre de 2016, a los dos meses y medio de vida, acude a revisión en consulta de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario de Móstoles. El juicio clínico es de lactante con antecedentes de EHI grado II, pero con desarrollo psicomotor y exploración normal en el momento de la consulta. Es capaz de sujetar la cabeza. Se cita a control a los 5 meses de edad.

El 13 de marzo de 2017, a los 7 meses de edad, se realiza una segunda resonancia magnética nuclear con secuencias de pulso y planos habituales. Informada en comparación con la previa, no se observan alteraciones en córtex cerebral. Sustancia blanca sin alteraciones. Mielinización acorde a la edad de la paciente. Sistema ventricular normal. Cuerpo calloso, normal. Tronco del encéfalo y cerebelo, normales. Amígdalas cerebelosas no descendidas. No se observan artefactos de susceptibilidad magnética en T2 que sugieran restos hemáticos. Conclusión: sin alteraciones significativas.

El 17 de marzo de 2017 acude a consulta de Neurología Pediátrica. Se objetiva en la exploración sostén cefálico intermitente, sin hipotonía axial ni de miembros. Se solicita ampliación de pruebas diagnósticas, con cariotipo, X-frágil, CGH array y estudio de síndrome de Rett, dirigidas a buscar otros posibles diagnósticos que expliquen la clínica que presenta.

El 10 de mayo de 2017, a los 9 meses de edad, de nuevo en revisión de Neurología Pediátrica, el juicio clínico es de retraso psicomotor probablemente secundario a EHI grado II, aunque se están

descartando otras causas. A los 10 meses, se anotan como normales los resultados de estudios metabólicos, así como el X-frágil. Se cita para control en tres meses.

El 28 de septiembre de 2017, a los 14 meses de edad, los resultados de los estudios solicitados son normales, excepto leve incremento del amonio y lactato venosos. Mejoría del control cefálico y el tono del eje dorsal. Se pauta revisión en 6 meses.

El 4 de enero de 2018, con 17 meses de edad, acude a consulta de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por retraso psicomotor.

Se hace constar en el informe cierto grado de regresión de habilidades alcanzadas, a partir del tercer mes. Se solicita resonancia cerebral con espectroscopia, para descartar enfermedad metabólica, a realizar a los dos años de edad de la niña, así como fondo de ojo.

El 18 de marzo de 2018 se realiza un estudio de video encefalograma con el resultado de normalidad. El 23 de marzo de 2018 se indica, en un informe de consulta, que se trata de una alteración motora pero cognitiva normal.

El 4 de agosto de 2018, a los dos años de edad, se realiza una tercera resonancia magnética cerebral, con el siguiente resultado: *“hiperintensidad de señal en T2 e hipointensidad en T1 cortico-subcortical perirrolándica, de coronas radiadas y centros semiovais de ambos lados que parece extenderse siguiendo el tracto cortico espinal con adelgazamiento e hiperintensidad de señal focal en brazo posterior de la cápsula interna de ambos lados. Hiperintensidad de señal en T2 e hipointensidad en T1, con morfología lineal en la región posterior del lenticular, que asocia pérdida de volumen y del núcleo ventro lateral del tálamo. Estas alteraciones se acompañan de una difusión facilitada. No*

se observan signos de sangrado. Espectroscopia en la sustancia blanca sin alteraciones significativas. Hipertintensidad en T2 de la sustancia blanca periatrinal bilateral. Estos hallazgos son compatibles con encefalopatía hipóxica isquémica".

En consulta de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 4 de septiembre de 2018, cuando la menor cuenta con 2 años y un mes de edad, se hace constar en la historia clínica el siguiente diagnóstico: *"parálisis cerebral infantil tipo tetraparesia espástica con cierto componente distónico en paciente con antecedente de encefalopatía hipóxica isquémica"*.

El 10 de octubre de 2018, en consulta de Neurología en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, se refleja en la historia clínica que acude a escuela infantil con apoyo de Pedagogía Terapéutica. Acude al Centro de Atención Temprana con Fisioterapia y Psicoestimulación. Además, recibe tratamiento particular con Vojta y logopedia. En seguimiento por la psicóloga clínica pendiente de reevaluación. En cuanto al desarrollo psicomotor:

- Motor: gatea desde hace 3 meses, se pone de rodillas con apoyo, tendencia a manipulación con mano izquierda. No se mantiene en sedestación.

- Lenguaje: Dice palabras sueltas, con dislalias, tendencia a decir la terminación. Tiene interés comunicativo, señala e imita algunos sonidos de animales.

- Social: buena sociabilidad. Juego social correcto.

- Cognitivo: Creen que entiende perfectamente. Control de esfínteres desde los 23 meses. Come aceptablemente, despacio, mastica con lentitud, sin atragantamientos. Duerme bien. Sin episodios que sugieran crisis.

Ha sido valorada por:

- Cirugía Ortopédica y Traumatología, en julio de 2018 (parece que veían cierta oblicuidad de pelvis y se planteaban intervención. Pendiente de valorar conjuntamente con Rehabilitación).

- Oftalmología, el 13 de febrero de 2018: hipermetropía, que no requiere graduación en el momento actual, dentro de la normalidad para su edad. Exploración oftalmológica sin hallazgos significativos en el momento actual. Valorarán más adelante si realizan potenciales evocados para completar estudio.

- Otorrinolaringología, el 3 de agosto de 2018: otoemisiones acústicas pasa bilateral. Pendiente de potenciales auditivos.

- Rehabilitación, el 5 de octubre de 2018: parálisis cerebral infantil, tetraparesia mixta, secundaria a enfermedad hipóxico isquémica. Riesgo de deformidad vertebral y de extremidades por la alteración motriz. Buena evolución en la motricidad oral: trastorno de deglución y de la comunicación derivados del problema motor.

Nivel: GMFCS nivel IV. En fase de gateo con un patrón anormal. Sin control cefálico y de tronco conseguido. Manipulación sin capacidad funcional. Prensión con dificultad bilateral. Dependencia en todas las actividades por el problema motor. Buen nivel de atención y comunicación no verbal.

Diagnóstico principal: encefalopatía hipóxico-isquémica grado II.

Otros diagnósticos: agenesia del cuerpo calloso. Parálisis cerebral infantil mixta depléjico-espástica.

En consulta de Psicología Clínica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de 26 de marzo de 2019, se hace constar en

la historia clínica que la ADG (Edad Desarrollo Global psico-madurativo) es de aproximadamente 18 meses, 22 días (CD 59). El retraso es más significativo en las áreas postural y de coordinación viso-motora. Se aprecia un retraso global del desarrollo. Grado severo en área postural, moderado en área de coordinación visomotriz y leve en área de lenguaje y socialización.

El 3 de septiembre de 2019 es remitida a consulta de Reumatología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús por episodios febriles recurrentes desde marzo de 2019. Cursan con fiebre alta (40°C) con mala respuesta a antitérmicos, asociado a faringitis y adenopatías. Tras las pruebas oportunas, el diagnóstico principal es de Síndrome PFAPA.

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).

Se ha incorporado al procedimiento la documentación médica correspondiente a la atención dispensada a las interesadas, madre e hija, en el Hospital Universitario de Móstoles y, en cuanto a la menor, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 46 a 102 y 104 a 212 del expediente).

Asimismo, se ha unido al procedimiento el informe de 21 de noviembre de 2019 del jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Móstoles, quien da respuesta a los reproches formulados por los progenitores de la menor en su escrito de reclamación y realiza un relato cronológico minucioso de la atención dispensada a la gestante y a su hija tras el nacimiento.

Así, frente a la afirmación contenida en el escrito de reclamación relativa a la inobservancia de las medidas establecidas en la evidencia

científica para proteger a la recién nacida de eventos de muerte súbita mientras permaneció en contacto piel con piel con su madre, señala el informe que *“la matrona responsable de la mujer realiza una valoración periódica de la recién nacida desde el mismo momento de su nacimiento, estando ella ya presente en el parto, que se produce a las 21:00 horas. Tras la valoración en el parto por parte del pediatra, según consta en la historia clínica, la recién nacida inicia el procedimiento piel con piel, ya que se valora que la madre, aunque presenta cansancio propio del proceso de parto, está suficientemente alerta para estar con la recién nacida. Además, está acompañada en todo momento. Una vez el parto ha finalizado, la mujer vuelve a la sala de dilatación. Allí, la matrona, coloca a la mujer con la cabecera elevada, iniciando el procedimiento piel con piel. El acompañante (marido) está presente. La matrona, además de los controles rutinarios a la madre-recién nacido, refiere que ella acude a todas las llamadas que realizan los padres al personal sanitario”*.

De igual modo, y con respecto a los ruidos que, según los padres, emitía la niña al respirar, el informe refiere que *“la matrona valora a la recién nacida y no objetiva este ruido como indicativo de dificultad respiratoria, por lo que no precisa cuidados complementarios a los que se están realizando. Además, refiere que la coloración y el tono del bebé están conforme a parámetros de normalidad, consiguiendo los primeros enganches en la mama”*.

En cuanto al seguimiento posterior, el servicio afectado puntualiza que *“a las 22: horas, según consta en la historia clínica de..., la enfermera de Neonatología asignada al cuidado de ésta, acude para valorar a la niña. La enfermera no detecta ningún parámetro cardiorrespiratorio alterado en la recién nacida, por lo que se administra, en ese mismo momento, la profilaxis antihemorrágica con vitamina k intramuscular y la profilaxis antibiótica ocular,*

permaneciendo con su madre durante los procedimientos realizados. Tras ellos, se recoloca a la bebé para que pueda continuar con el piel con piel y con la lactancia materna... la enfermera permanece con la madre durante unos 15 minutos para ayudar al enganche. Dada la dificultad que presenta la recién nacida para engancharse en posición prona con la madre, se decide elevar más aun el cabecero de la cama y acomodar a la recién nacida en posición de cuna para intentar un enganche mamario más efectivo, lográndose el mismo. Tras este tiempo, la enfermera abandona la habitación, al no encontrar ningún parámetro cardiorrespiratorio alterado ni otras medidas adicionales para su control... Hacia las 23:00 horas (a las dos horas aproximadas del nacimiento), los padres avisan al personal sanitario porque ven a ... "sin fuerza" y pálida".

En definitiva, el informe concluye que “durante el puerperio inmediato, tanto la matrona como la enfermera de Neonatología estuvieron valorando de forma continua a la recién nacida, sin encontrar ningún parámetro cardiorrespiratorio alterado. En el momento en que los parámetros de coloración y tono muscular se presentaron disminuidos, se trasladó a la recién nacida en brazos al servicio de neonatos, de la forma más rápida que existía en ese momento, que fue corriendo con ella en brazos”.

De igual modo, se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Sanitaria, de 20 de mayo de 2020, 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 “no he podido constatar que la actuación de los profesionales no se ajustara a la lex artis...La existencia de un Protocolo para el Procedimiento del Contacto Piel con Piel ayudaría a garantizar una práctica correcta y más segura. Este Protocolo no existía en el hospital en el momento del parto”.

Igualmente consta en el expediente un primer informe médico pericial de valoración de la asistencia médico-sanitaria, emitido el 18 de julio de 2020 por un licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Ginecología y Obstetricia, a solicitud del SERMAS, quien, tras analizar los hechos acontecidos y plasmar diversas consideraciones médicas, refiere que *“al terminar el periodo expulsivo, se colocó a la niña... sobre el pecho de la madre, en decúbito prono, para aumentar el contacto entre ambos y permitir la lactancia materna. Durante este periodo de tiempo el cuidado de la niña lo realiza fundamentalmente la madre ayudada a la llamada por la matrona, y bajo la supervisión de la enfermera de Neonatología. Así se describe que se hizo y no hay nada que objetar. La secuencia es sencilla y no requiere acciones de ninguna complejidad.*

Podemos afirmar que hoy en día este es el estándar de tratamiento o conducción del puerperio inmediato recomendado, y por lo tanto el adecuado. En el caso de Dª... así se hizo”.

Por ello concluye que *“la actuación de los médicos y personal sanitario del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Móstoles fue adecuada al estándar de tratamiento recomendado en la bibliografía y guías clínicas adecuadas”.*

De igual modo, consta en el propio expediente un segundo informe, emitido el 9 de septiembre de 2020, también a solicitud del SERMAS, por una licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría y sus áreas específicas. Señala el informe que *“no había contraindicación para establecer el contacto precoz piel con piel, de forma que se realizó, siguiendo las recomendaciones ampliamente establecidas en múltiples trabajos y guías clínicas. En ninguno de los trabajos revisados se cuestiona la práctica del contacto piel con piel precoz. La ausencia de un protocolo escrito para la aplicación del contacto PCP, no supuso en este caso una modificación sustancial de las*

actuaciones llevadas a cabo: permitir el acompañamiento de la madre, ayudarla en el inicio de la toma. Aunque no conste por escrito haber informado a los padres sobre los signos de alarma, sí hay constancia de la evaluación de la recién nacida, antes de la instauración del PCP, por parte de la pediatra, y al menos en una ocasión, por parte de la enfermera al administrar la profilaxis y ayudarla en la primera toma. Acciones que están dentro de la normal actuación en el cuidado de un recién nacido a término, sano y sin factores de riesgo identificados en un espacio de tiempo de unas dos horas...El tiempo transcurrido entre que los padres perciben el evento, el aviso al personal sanitario y la atención a la recién nacido, fue muy corto. La advertencia previa de los signos a vigilar, no hubiera podido acortarlo”.

Por último, en relación a la causa de la aparición de estos episodios aparentemente letales, como el sufrido por la hija de los reclamantes, concluye el informe que *“no hay ninguna evidencia científica de la causa de los mismos ni tampoco de la existencia de medidas eficaces demostradas para evitar su ocurrencia”.*

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 quienes, por medio de su abogado, presentaron el 8 de abril de 2021 escrito de alegaciones, acompañado de un informe pericial de valoración del daño corporal y un resumen de gastos actuales y previsión a futuro. En sus alegaciones, que reiteran en lo fundamental el contenido de su escrito de reclamación, cuestionan el informe de la Inspección Sanitaria, pues, afirman, la matrona sólo realizó una valoración de la menor, a pesar de los constantes requerimientos de los padres, cuando estos *“piden auxilio prácticamente a gritos diciendo que la niña no respira....Esto es importante por cuanto la reclamación se funda en una falta de atención reiterada de la matrona asignada al cuidado postparto de la madre y la hija, porque los padres habían avisado hasta en tres ocasiones de que*

la recién nacida hacía ruidos al respirar y parecía tener dificultades e hizo caso omiso”. Por otro lado, señalan los padres que la inexistencia en el Hospital de Móstoles de un protocolo para el Contacto Piel con Piel o CPP que incluya las medidas de vigilancia indicadas por la Asociación Española de Pediatría es una muestra de funcionamiento anormal del Servicio Público de Salud, que a pesar de las consecuencias, infrecuentes pero muy graves, que puede tener para los recién nacidos, no las ha protocolizado, omitiendo, en todo caso, el deber de información sobre el procedimiento para llevar a cabo contacto piel con piel de un modo seguro y adecuado, deber que sí aparece recogido en los protocolos ya establecidos en otros centros hospitalarios y en las guías clínicas. Cuestiona también el escrito el contenido de los informes periciales que constan en el procedimiento, emitidos a instancia del SERMAS, pues se basan en conjeturas no refrendadas por el contenido de la historia clínica incorporada al expediente.

Por último, en cuanto a la valoración del daño, se acompaña, como decimos, informe pericial de valoración del daño corporal, que cifra la cuantía indemnizatoria por las lesiones neurológicas de la menor, con una discapacidad del 65% y perjuicio para su calidad de vida y la de sus padres, incluyendo el daño moral derivado del daño físico y psicológico, en 1.396.520,93 €, de los que 94.600 € corresponden al capítulo de *“indemnizaciones por secuelas, tabla 2.c, perjuicio patrimonial daño emergente gastos de asistencia sanitaria futura, prótesis y ortesis, y rehabilitación domiciliaria y ambulatoria”*.

Finalmente, el 20 de abril 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 26 de abril 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 198/21, 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, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, 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 18 de mayo de 2021.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil 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 (en adelante, ROFCJA).

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

La 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 de Móstoles 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 ambos progenitores, en su propio nombre, por los daños derivados del empeoramiento de su situación familiar que la delicada condición física y psíquica de la menor lleva consigo.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario de Móstoles, 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, si bien el nacimiento de la menor tuvo lugar el 28 de julio de 2016, podríamos determinar como momento inicial del cómputo la fecha en la que los padres obtiene un diagnóstico definitivo sobre la lesión que sufre su hija, con independencia de las eventuales secuelas, lo que tiene lugar en la consulta de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 4 de septiembre de 2018, cuando la menor cuenta con 2 años y un mes de edad y se hace constar en la historia clínica el siguiente diagnóstico: *“parálisis cerebral infantil tipo tetraparesia espástica con cierto componente distónico en paciente con antecedente de encefalopatía hipóxico isquémica”*. En consecuencia, presentada la reclamación el 2 de agosto de 2019, debe entenderse formulada en plazo legal, con independencia de la fecha 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 de Móstoles. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, además de dos informes periciales elaborados a solicitud del Servicio Madrileño de Salud. Posteriormente, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se ha conferido trámite de audiencia a los interesados, que han formulado alegaciones en el sentido ya expuesto 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 tras el alumbramiento, pues la niña sufrió un episodio frecuentemente letal (muerte súbita del recién nacido) durante el contacto piel con piel precoz. Señalan que, aunque se trata de un evento infrecuente, dada su importante repercusión en los recién nacidos, es preciso que durante el contacto piel con piel se realice una valoración periódica del recién nacido por parte del personal sanitario. De igual modo, afirman que es necesario informar correctamente a los padres para que eviten y detecten rápidamente estas situaciones y que la buena praxis exige, además, que los profesionales se aseguren de que madre y acompañante conocen y comprenden dicha información.

No resulta controvertido en el expediente que la hija de los reclamantes padece un retraso global en su desarrollo, de grado severo en el área postural, moderado en el área de coordinación visomotriz y leve en el área de lenguaje y socialización, consecuencia del diagnóstico de una encefalopatía hipóxico-isquémica grado II, una agenesia del cuerpo calloso y una parálisis cerebral infantil mixta depléjico-espástica. Ello ha supuesto también un cambio evidente en la situación personal, profesional y económica de sus progenitores para el debido cuidado y atención de la menor.

Acreditada la realidad de los daños en los términos expuestos, resulta necesario examinar la concurrencia de los requisitos necesarios para apreciar la 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 y a su hija, 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 supervisaron el referido procedimiento de contacto piel con piel en el Hospital Universitario de Móstoles, más allá de las afirmaciones contenidas en su escrito de reclamación. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, no sólo del servicio médico afectado y de la Inspección Sanitaria 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 n° 309/2016), sino también sendos informes emitidos a instancias del Servicio Madrileño de Salud, concluyen que la asistencia sanitaria fue acorde a la “*lex artis*”.

Entrando en el análisis de la asistencia sanitaria reprochada y la alegada falta de supervisión y seguimiento, cabe indicar, en primer lugar, que como refiere la Inspección Sanitaria en su informe, “*en la Guía Práctica de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad (2017), se recomienda que en el CPP se mantenga una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre madre y recién nacido, con registro de signos vitales del recién nacido (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso, la frecuencia cardiaca) y alertando al pediatra de cualquier cambio cardiorrespiratorio. En este caso, he podido comprobar en la HC consultada (doc.2, pág. 75- 76), que se anota la primera evaluación completa realizada por personal de Enfermería a las 21:09. La segunda anotación se produce a las 22:40, cuando la niña ya llevaba 100 minutos de CPP*”. En este punto, en complemento de lo anterior, refiere el dictamen pericial realizado por una especialista en Pediatría que “*en la historia clínica consta la actuación de la enfermera a las 22:40 horas, con la administración de la profilaxis ocular y antihemorrágica. Para realizar dichas medidas, que consisten en aplicar un colirio o pomada tópico en ambos ojos, así como la administración intramuscular de vitamina K, la enfermera está en contacto directo con la recién nacida y, aun asumiendo que no hubiera valorado previamente a la recién nacida, en ese momento el estado de la recién nacida no mostraba ningún signo de preocupación, ya que se realizaron los mencionados cuidados, así como la ayuda al inicio de la lactancia materna. Por tanto, si hubiera habido signos de dificultad respiratoria evidentes, habrán sido detectados por la enfermera*”. En el mismo sentido se pronuncia el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Móstoles.

De tal forma que es posteriormente, pero un corto periodo de tiempo después, que la historia clínica sitúa en unas ocasiones en las 23.00 horas y en otras, media hora después, y el servicio afectado en las 23:00 horas, cuando, según consta en el expediente, los padres avisan al personal sanitario porque ven a la niña *"sin fuerza"* y pálida.

En este punto, los reclamantes alegan que se perdió la oportunidad de evitar que la niña sufriese unos daños tan severos previniendo y actuando a tiempo, toda vez que la actuación inmediata es sumamente eficaz para revertir los efectos de la *"muerte súbita"*. Sin embargo, según refiere el Servicio de Obstetricia y Ginecología y refleja la historia clínica *"la matrona acude a la llamada y al ver que estaban los parámetros cardiorrespiratorios alterados, ella misma la estimula. Al no existir respuesta inmediata alguna, traslada a la recién nacida, ella misma en sus brazos, hasta el servicio de neonatos. Y allí se inicia la reanimación según consta en la historia clínica"*. Como señala el informe pericial incorporado al expediente y elaborado por especialista en Pediatría *"el tiempo transcurrido entre que los padres perciben el evento, el aviso al personal sanitario y la atención a la recién nacida, fue muy corto"*.

La propia reclamación califica el suceso como un episodio frecuentemente letal de muerte súbita del recién nacido. Como coinciden en señalar los informes obrantes en el expediente, actualmente, según la evidencia científica disponible, no existe la posibilidad de identificar las causas de estos episodios de muerte súbita neonatal, por lo que todavía no se han identificado factores de riesgo claros y prevenibles. Así, señala la Inspección Sanitaria en su informe que *"en más de la mitad de los recién nacidos que fallecen se encuentra una patología subyacente en el examen de autopsia....Sin embargo, a pesar del valor de la autopsia, en la mayoría de muertes la causa es inexplicable, representando el 40-56% de los casos. Por ello, la*

bibliografía consultada coincide en que la causa de estos episodios es desconocida”.

Por todo ello, y como ya señalaba esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 362/16, de 28 de julio, *“no puede considerarse que se haya incumplido la lex artis sino que estaríamos ante un supuesto en el que, por desgracia, la ciencia médica no ha podido evitar el que el menor haya padecido unas graves lesiones cerebrales que le han ocasionado su estado actual, resultando de aplicación lo dispuesto en el artículo 141. 1 de la LRJ-PAC (actual artículo 34.1 de la LRJSP) en cuanto a que “no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever 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*

En cuanto a la ausencia de información alegada por los reclamantes en relación con el procedimiento de contacto piel con piel, cabe señalar que no nos encontramos ante un procedimiento terapéutico invasivo en los términos del artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de modo que, en consonancia con lo dispuesto en el citado precepto, bastará con que la información suministrada y el consentimiento prestado sean verbales, tomando en consideración, además, como recuerda el informe pericial realizado por un especialista en Obstetricia y Ginecología e incorporado al expediente, que *“la secuencia es sencilla y no requiere acciones de ninguna complejidad”.*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada tras el parto en el Hospital Universitario de Móstoles.

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 236/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid