

Dictamen n.º: **292/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.06.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de junio de 2021, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por dos abogados, en nombre y representación de D. .... y Dña. ...., que actúan en su propio nombre y el de su hija, menor de edad, ....., por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen a la asistencia en el parto de la niña en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** - El 9 de octubre de 2019, dos abogados, en nombre y representación de las personas citadas en el encabezamiento, presentan en el Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

En el escrito se relata que, el 11 de octubre de 2018, la reclamante, gestante de su primer embarazo, ingresó en el Hospital Universitario de Fuenlabrada para la inducción del parto por feto pequeño para la edad gestacional (40 + 2 semanas), entregándose el correspondiente documento de consentimiento informado.

El escrito detalla que, de acuerdo al informe de valoración obstétrica donde se especifica la evolución del parto, (a falta del partograma que a pesar de la solicitud expresa realizada en Atención al Paciente del centro hospitalario no han puesto a disposición de los reclamantes, según refiere el escrito), a las 23:40 horas se produjo la rotura de la bolsa fluyendo líquido claro y abundante.

Asimismo, el escrito considera necesario precisar que durante el parto se realizó la maniobra de Kristeller que considera no está recomendada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) e incluso proscrita en determinadas ocasiones por las graves consecuencias que puede acarrear, incluida una pérdida de oxígeno del feto.

Según el escrito de reclamación, desde el ingreso, dada la inducción mediante oxitocina, se realizó un control continuo y permanente mediante registro cardiotocográfico (RCT) (desde las 18:46 h del 11 de octubre hasta las 14:35 h del día siguiente). Refiere que ese registro muestra deceleraciones variables coincidentes con las contracciones, sin embargo, en la parte final del RCT se observa un decalaje entre el punto máximo de inflexión de la deceleración y el acmé de la contracción lo que indica DIPS II (deceleración tardía de la frecuencia cardíaca) lo cual puede significar que se está produciendo una pérdida de bienestar fetal.

Para los reclamantes resulta inexplicable que desde las 14:35 h se interrumpa el registro, transcurriendo 46 minutos desde dicha hora hasta la cesárea, sin que se pueda ser conscientes del desarrollo del

parto y del estado fetal en dicho momento. Según el escrito de reclamación, de acuerdo con la SEGO, dichas alteraciones en el RCT constituyen signos de alerta y requieren la práctica de pruebas adicionales para comprobar el estado fetal, como por ejemplo la realización de un pH fetal para evaluar la posibilidad de la existencia de una falta de oxígeno del feto o la extracción urgente mediante cesárea, hecho que, según subrayan los reclamantes, no ocurrió hasta las 15:21 horas.

Además, sostienen que, según la SEGO, el periodo de tiempo entre la indicación de la cesárea y la extracción no puede exceder de 30 minutos cuando haya riesgo inminente para la vida del feto, es decir, cuando se objetive una pérdida de bienestar fetal que debe constar en el historial clínico.

Los reclamantes consideran que les es imprescindible disponer de la historia clínica completa, incluido todo el registro cardiotocográfico y el partograma, que solicitan expresamente, para conocer el tiempo transcurrido entre la indicación de la cesárea y la extracción fetal, así como la evolución del parto. Subrayan que las consecuencias de una posible ausencia de dichos documentos deben ser asumidas por la Administración.

En todo caso, los reclamantes consideran que, aunque no saben, dada la ausencia de dichos documentos, en que momento fue objetivada esa pérdida de bienestar fetal, el hecho cierto es que fue ese el motivo por el que se practicó la cesárea.

El escrito de reclamación indica que la niña nació con un peso de 2.666 gramos, con un Apgar 0/0/3/9, sin esfuerzo respiratorio y con una frecuencia cardiaca indetectable por lo que se inició la reanimación tipo IV, practicándose entre otras actuaciones: suministro de medicación, intubación orotraqueal y reanimación cardiaca y que una

vez que se consiguió remontar la frecuencia cardiaca y se iniciaron por parte de la niña movimientos espontáneos fue trasladada a la Unidad Neonatal, donde bajo el juicio clínico de *“sospecha de sufrimiento fetal agudo y riesgo de encefalopatía hipoxi-isquémica”*, se decidió el traslado al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, activando el protocolo de hipotermia. Refieren que la recién nacida estuvo ingresada desde el 12 hasta el 24 de octubre de 2018 y tras las pruebas diagnósticas practicadas y los distintos tratamientos aplicados se dio el alta con seguimiento en consulta hospitalaria bajo diagnóstico *“encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido. Infarto arteria cerebral media izquierda”*.

Los reclamantes destacan que, dado el grave diagnóstico, la niña continua en tratamiento con fisioterapia y terapia ocupacional que se mantendrá al alta, siguiendo con un control y vigilancia sobre el estado de la niña, por lo que se cuantificarán los daños producidos en el momento oportuno, pero que, en cualquier caso, superarán los 30.000 euros.

El escrito de reclamación se acompaña con la escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación, el libro de familia de los interesados, diversa documentación médica y un informe de valoración social emitido por un centro de Atención Temprana (folios 1 a 77 del expediente).

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

La reclamante, de 34 años de edad en la fecha de los hechos, había seguido el control del embarazo por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Presentaba un hipotiroidismo leve, suplementado con tratamiento convencional (levotiroxina), bien controlado, sin más incidencias. En la semana 40 se objetivó un crecimiento fetal límite con peso fetal estimado de 2.800 gr

(percentil 10) y flujometría Doppler fetal normal. Se recomendó finalización del embarazo e inducción de trabajo de parto en la semana 40 de la gestación.

La interesada ingresó para inducción por PEG (pequeño para edad gestacional) a las 40+2 semanas, el día 11 de octubre de 2018 a las 17:33 h.

Durante la inducción, la reclamante rompió espontáneamente la bolsa a las 23:35 h con salida de líquido amniótico claro. La exploración vía vaginal en ese momento era de cérvix con posición y consistencia media, borrado 70 %, permeable a 1 dedo y SES (Sobre estrecho superior (altura de la presentación en la pelvis materna).

A la 01:00 h del día 12 de octubre de 2018, la interesada manifestó desear anestesia epidural. La exploración muestra cérvix en posición media, blando, borrado, permeable a 1 dedo amplio, presentación cefálica y SES. Fluye líquido claro. El patrón de RCT es de reactividad fetal y dinámica irregular.

A las 05:00 h del 12 de octubre de 2018 se inicia trabajo de parto con 5 cm de dilatación tras 8 horas de inducción. A partir de este momento se objetiva un tramo de 35 minutos de RCT con FCF a 140 lpm con buena variabilidad, con deceleraciones variables coincidentes con la contracción, de buen pronóstico, con dinámica uterina regular, 5 contracciones cada 10 minutos. Dichos cambios revierten con medidas conservadoras, cambios posturales y administración de 1 cc de tocolítico (Prepar), a las 05:22 h del 12 de octubre de 2018.

A las 07:00 h del 12 de octubre de 2018, la exploración es de cérvix borrado, dilatado 6 cm, presentación cefálica muy apoyada y con patrón tranquilizador en RCT.

A las 11:21 h del 12 de octubre de 2018, la exploración es de cérvix borrado, edematoso, dilatado 8 cm, presentación cefálica muy apoyada en I plano, que desciende con pujos dirigidos. Impresiona de occipitopúbica asinclítica con caput. El líquido amniótico es claro. El patrón del RCT es satisfactorio con FCF basal de 135 lpm, buena variabilidad, con ascensos y deceleraciones variables típicas coincidentes con la contracción con buena recuperación y buena variabilidad, con presencia de hombro anterior y posterior, con dinámica uterina regular (2 contracciones/10 min).

A las 12:22 h del 12 de octubre de 2018 se avisa a ginecólogo de guardia por alteración del RCT con patrón no satisfactorio que requiere iniciar de nuevo medidas de tratamiento conservador: se detiene perfusión de oxitocina y se administra 1 cc. de Prepar, con cambio postural de la paciente a decúbito lateral izquierdo (DLI) con recuperación del patrón tranquilizador previo. La exploración mediante tacto vaginal es de cérvix borrado, dilatado 8 cm, I plano y feto en occipitoiliaca izquierda posterior (OIIP).

A partir de las 14:15 h del día 12 de octubre de 2018 se produce un cambio de patrón del RCT: patrón no tranquilizador, con la presencia de desaceleraciones variables con buena variabilidad, profundas > 70 l/min, durante 15 minutos. La exploración es de dilatación completa, con mínimo reborde anterior, con feto en occipitoiliaca derecha posterior (OIDP), en I-II plano, momento en el que se pasa a la reclamante a prueba de parto.

A las 14:30 h del 12 de octubre de 2018 se decide pasar a prueba de parto por persistencia de este patrón y dado que en la exploración se objetivaba dilatación completa y feto pequeño, en previsión de parto inminente. La interesada es trasladada al paritorio a las 14:35 h con monitorización fetal continua. Se inicia perfusión de oxitocina a 3

ml/h, realizando pujos dirigidos con descenso de presentación a II plano en OIDP.

En el paritorio, se mantiene la monitorización fetal (folio 326). Presenta desaceleraciones con variabilidad mantenida profundas y de lenta recuperación, sin descenso de la presentación.

A las 15:15 h del 12 de octubre de 2018 tras 30 minutos de RCT patológico se decide realizar cesárea por sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.

No consta en la historia clínica que en algún momento se hubiese realizado la maniobra de Kristeller durante el expulsivo.

La niña nace a las 15:21 h del día 12 de octubre de 2018, con Apgar 0/0/3/9, sin esfuerzo respiratorio y con frecuencia cardiaca indetectable, por lo que fue precisa intubación intratraqueal, consiguiéndose monitorización a 156 lpm y saturación al 100%. La recién nacida fue trasladada a la Unidad Neonatal. En dicha unidad, el juicio clínico fue de sospecha de sufrimiento fetal agudo y riesgo de encefalopatía hipóxico isquémica. Se inició protocolo de hipotermia con traslado al Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La hija de los reclamantes permaneció ingresada en el referido centro hospitalario hasta el día 24 de octubre de 2018 cuando recibió el alta con el diagnóstico principal de encefalopatía hipóxico isquémica del recién nacido (Grado 3 por RM) y otros diagnósticos de infarto de la arteria cerebral media izquierda, convulsiones neonatales y recién nacido a término de bajo peso para la edad gestacional.

En la revisión a los 5 meses de vida, se anota un evolutivo sin incidencias ni episodios de crisis. Desarrollo psicomotor con sostén cefálico, sedestación inestable, ríe, aunque no a carcajadas, coge

objetos con ambas manos sin transferencia y lleva ambas manos a la línea media. Hace “pedorretas” y se fija en objetos pequeños. Consta que está en seguimiento por Neonatología y Rehabilitación 2 veces por semana y que está pendiente de valoración por Hematología para continuar estudio de trombofilia. El juicio clínico en ese momento es de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, con exploración neurológica y desarrollo normal.

La niña acude a un centro de atención temprana desde julio de 2019 con buena evolución. Tiene reconocido un grado de discapacidad del 20%.

En la revisión al año de vida, se anota que no ha habido incidencias desde la última revisión ni se ha objetivado ningún episodio sugerente de crisis. La niña realiza deambulación con apoyo y dice “adiós”. Acude a atención temprana y está en seguimiento por Neonatología y Rehabilitación. También en seguimiento por Hematología con estudio normal, aunque con previsión de nueva valoración a los dos años.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 80 a 304) y del Hospital Universitario de Fuenlabrada, tanto lo que se refiere al proceso obstétrica de la madre (folios 305 a 364) como lo relativo al proceso de la recién nacida (folios 365 a 382).

El 5 de noviembre de 2019 emite informe el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, que, tras realizar un análisis de los reproches de los reclamantes a la luz de los



datos que figuran en la historia clínica, sienta las siguientes conclusiones: No existió vulneración alguna de la *lex artis*; no se ha omitido la información reflejada en el partograma que, en el centro hospitalario, está materializado en un formulario de datos denominado “*Formulario de Valoración Obstétrica*”; no existe ninguna alusión en la historia clínica referente a la realización de la maniobra de Kristeller durante el expulsivo; el proceso de inducción de trabajo de parto se realizó siguiendo el protocolo formalizado en el hospital; la atención durante la dilatación y el expulsivo se ajustó a las guías actuales en la materia; en ningún momento se interrumpió la monitorización fetal, al cambiar de ubicación se pasó a registrar en formato papel; el tiempo transcurrido entre la indicación de la cesárea y la extracción fetal es adecuado, inferior a 10 minutos y por último, que no se puede admitir la tesis propuesta por los reclamantes en la que se establece una relación de causalidad entre la actuación médica y los daños objetivados tras el parto a la recién nacida, que pueden ser atribuidos al “*insulto hipóxico*” observado en el trayecto de la arteria cerebral media izquierda fetal (encefalopatía hipóxico-isquémica, infarto de la arteria cerebral media), que pudo ocasionarse mucho antes del parto y sin poderse demostrar ninguna relación causal con el mismo.

El informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada se acompaña con el Protocolo sobre el retraso de crecimiento intrauterino del centro hospitalario; el documento de consentimiento informado de inducción de trabajo de parto del hospital; el “*Formulario de Valoración Obstétrica*” del Hospital Universitario de Fuenlabrada (documentos referentes a atención al parto: “*Formulario de Expulsivo y Alumbramiento*”); monitorización fetal de la niña hasta las 14:30h y monitorización fetal desde las 14:35 h hasta las 15:15h; documentación referente al control del embarazo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada; documentación referente al periodo postparto-hospitalización del hospital y la guía de

monitorización fetal intraparto basada en la fisiopatología, documento de consenso internacional (Guía de Expertos, Febrero 2018).

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica y el informe emitido por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluyó que la atención médica y profesional dispensada a la madre y la niña en el referido centro hospitalario, puede considerarse correcta y adecuada a la “*lex artis ad hoc*”.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a los interesados.

Consta en el expediente que los reclamantes formularon alegaciones en las que ponían en duda que los datos del registro cardiotocográfico desde las 14:35 h, pertenecieran a la interesada. No obstante, subrayaron que, a la vista de las características del RCT, después del resultado mostrado a las 14:15 horas, se debía haber confirmado el estado de bienestar fetal. En cuanto a la relación de causalidad que niega el informe del servicio implicado, incidieron en que además de ser una suposición no fundada, contradice de manera directa los informes médicos tanto del Hospital Universitario Gregorio Marañón como del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Por último, indicaron no poder establecer en ese momento el importe de la indemnización solicitada y aportaron nuevos informes sobre la evolución de la niña.

En vista de las alegaciones formuladas por los interesados, se ha emitido informe por la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, según el cual, de acuerdo a la información que figuraba en los registros de las áreas de Atención al Paciente y Admisión y documentación Clínica, se habían atendido dos solicitudes de los interesados sobre la historia clínica, si bien una tercera solicitud

fechada el 28 de mayo de 2019 relativa a los datos del partograma y registro cardiotocográfico, no había recibido respuesta, por lo que pedía disculpas, si bien decía se había solventado volcando los datos en el expediente de la reclamación de responsabilidad.

Además, el informe explica que el pdf comprensivo de los registros cardiotocográficos volcado en el expediente de responsabilidad patrimonial, se corresponde en su integridad a los registros efectivamente tomados a la paciente los días 10, 11 y 12 de octubre de 2018 y que el diferente formato que presenta el registro desde las 14:33 horas y hasta las 15:10 horas, obedece a que son tomas hechas cuando la paciente es trasladada de dilatación (última toma 14:30 horas) a paritorio y el aparato de monitorización es diferente. Señala que es cierto que junto al detalle de la ubicación que figura en el registro rotulado a mano (Paritorio), debiera haberse consignado el nombre de la paciente, si bien considera que no puede cuestionarse la veracidad del registro efectuado en paritorio (periodo desde las 14:33 a 15:10 horas).

Consta en el expediente que emitido el anterior informe se dio traslado a la Inspección Sanitaria que, el 6 de abril de 2021, se ratificó en su integridad en su informe anterior.

Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, estos formularon alegaciones en las que incidieron en sus dudas sobre que el registro cardiotocográfico perteneciera a la interesada e insistieron en la demora injustificada en la indicación de la extracción fetal mediante cesárea y en la indudable relación de causalidad.

Finalmente, el 12 de mayo de 2021 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimaba la reclamación de responsabilidad patrimonial al entender que la asistencia sanitaria reprochada se ajustó a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 18 de mayo de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 247/21 a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de junio 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 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, pues los reclamantes no han concretado el importe solicitado aunque consideran que será superior a 30.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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 LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario de Fuenlabrada 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 los padres por el supuesto daño provocado por los padecimientos de su hija. Actúan debidamente representados, habiendo quedado acreditado el poder de representación que ostentan los firmantes del escrito de reclamación.

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

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

En el caso que nos ocupa, los interesados reclaman por la asistencia sanitaria durante el parto ocurrido el 12 de octubre de 2018,

recibiendo el alta la recién nacida el 24 de octubre siguiente, por lo que presentada la reclamación el 9 de octubre de 2019, debe entenderse que ha sido formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de la estabilización de las secuelas.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria. Además, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia a los interesados, que formularon alegaciones en relación con los registros cardiotocográficos durante el parto, lo que motivó que se recabara informe de la Dirección Gerencia del referido centro hospitalario. Consta que, tras ese informe, se recabó el parecer de la Inspección Sanitaria que se ratificó en su integridad en sus anteriores consideraciones. También se confirió nuevo trámite de audiencia a los interesados y, finalmente, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad planteada por los interesados, 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.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es

exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios 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, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

**CUARTA.-** En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los interesados reprochan que no se prestara una asistencia y vigilancia adecuada durante la atención del parto de su hija, pues sostienen que el registro cardiotocográfico mostraba signos de pérdida de bienestar fetal, que requerían la realización de pruebas adicionales para comprobar el estado fetal, como la realización de una prueba de pH o la extracción urgente mediante cesárea. Entienden que se dejó transcurrir un tiempo superior al recomendado por la SEGO entre la indicación de la cesárea y la extracción y reprochan que se utilizara la maniobra de Kristeller. De igual modo, a lo largo del procedimiento, los interesados han criticado, primero la ausencia en la historia clínica de los registros cardiotocográficos desde las 14:35 horas del día 12 de octubre de 2018, y posteriormente, una vez incorporados al expediente, han puesto duda que los mismos correspondan al parto por el que reclaman. En virtud de todo lo expuesto, los interesados consideran



que la encefalopatía hipóxico isquémica que sufre la niña es consecuencia de las deficiencias en la asistencia sanitaria reprochadas.

No resulta controvertido en el expediente que la hija de los reclamantes sufrió una encefalopatía hipóxico isquémica evidenciada tras el parto, si bien, frente a la consideración de los interesados, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada ha explicado en su informe, cuyo criterio ha sido corroborado por la Inspección Sanitaria, que no todos los daños relacionados con la falta de oxígeno ocurren durante el parto, sino que pueden ocurrir también de forma imprevisible durante el embarazo, antes de comenzar el parto, y que menos del 20% de los déficits neurológicos estén causados por asfixia intraparto. Por ello, el citado informe considera que no se puede admitir la tesis propuesta por los reclamantes en la que se establece una relación de causalidad directa entre la actuación médica y los daños objetivados tras el parto, que entiende pueden ser atribuidos al “*insulto hipóxico*” observado en el trayecto de la arteria cerebral media fetal. En este sentido, en la historia clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón consta que tras la realización de diversas pruebas a la menor se observó un infarto de la arteria cerebral media izquierda.

En todo caso, aunque admitiéramos a efectos dialécticos la existencia de relación de causalidad, resulta esencial determinar si se produjo una infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron el parto de la niña, para lo cual 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, entre otras, 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 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, más allá de sus afirmaciones, no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que atendieron el parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que la asistencia sanitaria puede considerarse correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

Entrando en el análisis de la asistencia sanitaria reprochada, cabe indicar, en primer lugar, que los informes médicos, tanto el del servicio implicado en el proceso asistencial del parto como el de la Inspección Sanitaria, coinciden en afirmar que durante toda la dilatación se aprecia un patrón normal hasta las 14:15 h del 12 de octubre de 2018, en que pasa a ser no tranquilizador con la aparición de variables con

algún signo de mal pronóstico como la profundidad de la misma, pero manteniendo la variabilidad. Según dichos informes, estas desaceleraciones no se definen como desaceleraciones tardías, como sostienen los interesados, dado que presentan una forma de “V”, muestran una rápida caída (del inicio al nadir >30 s) seguida de una rápida recuperación a la línea basal y presentan la vuelta a la línea basal antes del final de la contracción. Se explica que esas desaceleraciones variables constituyen la mayoría durante el trabajo de parto y se asocian raramente a hipoxia/acidosis, salvo que adquieran una forma de “U”, que no es el caso, con variabilidad reducida o muy aumentada dentro de la desaceleración, y/o su duración superará los 3 minutos.

Según resulta de la historia clínica, a las 14:30 h del 12 de octubre de 2018 se decidió pasar a prueba de parto por persistencia del patrón mencionado y dado que en la exploración se objetivaba dilatación completa y feto pequeño, en previsión de parto inminente. Esta decisión es correcta y adecuada, según los informes que obran en el expediente. En particular, para la Inspección Sanitaria, de modo adecuado, no se esperaron los tiempos establecidos de expulsivo de un parto normal en una paciente primípara (3 horas) por presentar registro no tranquilizador y por la posibilidad de parto inminente.

En contra del criterio mantenido por los interesados sobre la necesidad de haber realizado un pH de calota, sin apoyo en criterio científico alguno, los informes médicos que obran en el expediente explican que la evidencia científica actual no apoya el uso de pH de calota fetal en la práctica clínica pues los beneficios no superan los riesgos. Según los estudios científicos que se citan no hay evidencia de correlación entre el uso de pH de calota fetal y mejoría en resultados perinatales a largo plazo, y, además, en contra de lo que se creía anteriormente, la evidencia científica actual sugiere que el pH de calota

tiende a aumentar el número de cesáreas y partos instrumentados, incluso se han demostrado infrecuentes pero graves complicaciones fetales.

Según resulta de la historia clínica, la gestante fue trasladada al paritorio a las 14:35 horas del 12 de octubre de 2018 y durante el periodo de expulsivo en paritorio desde las 14:40 h hasta las 15:10 h el RCT presenta desaceleraciones con variabilidad mantenida, profundas y de lenta recuperación, sin descenso de la presentación, por lo que acertadamente, en palabras de la Inspección Sanitaria, se decidió cesárea a las 15:15 h por sospecha de pérdida de bienestar fetal tras 30 minutos de RCT con patrón patológico y el no descenso de la presentación fetal hasta un plano donde poder realizar un parto instrumental. Según el informe de la Inspección Sanitaria la actitud que se adoptó es la recomendada por guías internacionales ante un patrón patológico (desaceleraciones variables con alguna característica de mal pronóstico en el 50% de las contracciones durante 30 minutos o tardías durante 30 minutos).

Por otro lado, frente a la afirmación de los reclamantes de que el periodo de tiempo entre la indicación de cesárea y la extracción no puede exceder de 30 minutos y que en este caso fue superior, la Inspección Sanitaria, con datos obtenidos de la historia clínica, sostiene que el trazado en papel de la monitorización fetal permite evidenciar que la cesárea se realizó de forma inmediata a su indicación médica (15:15 h) en un periodo muy inferior a 30 minutos. Subraya que en la documentación clínica está registrada la frecuencia cardiaca fetal hasta al menos las 15:15 h, es decir, 7 minutos antes de la extracción fetal (15:21 h), lo que supone un tiempo más propio de una cesárea emergente que urgente y además teniendo lugar en ese corto periodo de tiempo la preparación de la interesada, la realización de antisepsia del campo quirúrgico y la apertura de la pared abdominal y uterina necesaria para la extracción fetal. Además, los informes

médicos, en contra de lo afirmado por los reclamantes, inciden en que en la historia clínica no está documentada la realización de la maniobra de Kristeller durante el expulsivo.

Por último, en relación con el reproche de los reclamantes relativo a la falsedad de los datos contenidos en la historia clínica relativos al partograma a partir de las 14:35 h, cuando la gestante pasó al paritorio, cabe señalar que por la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada se ha explicado que el diferente formato que presenta el registro desde las 14:33 horas y hasta las 15:10 horas, obedece a que son tomas hechas cuando la paciente es trasladada de dilatación (última toma 14:30 horas) a paritorio y el aparato de monitorización es diferente. En el informe se consigna que es cierto que junto al detalle de la ubicación que figura en el registro rotulado a mano (Paritorio), debiera haberse consignado el nombre de la paciente. Sin embargo, explica de manera razonable que la omisión descrita no permite cuestionar la veracidad del registro efectuado en el paritorio por dos razones. La primera porque los datos que refleja, guardan correspondencia y coherencia con el evolutivo y devenir del proceso asistencial que figura tanto en las notas de evolución como en los formularios e informes obrantes en la historia clínica y segundo, porque inmediatamente a la finalización del parto, el papel es recogido por los profesionales que asisten a la madre y se guarda en un sobre personal de la paciente junto con el resto de monitorización en papel, y es remitido a Admisión, que, así identificado, lo envía al archivo externo. Esta forma de actuar no es cuestionada por la Inspección Sanitaria quién, tras la emisión del informe citado de la Dirección Gerencia del centro hospitalario, ha ratificado sus consideraciones sobre la inexistencia de mala praxis en la actuación sanitaria reprochada.

Así las cosas, habrá que estar a lo que en dicha historia clínica se recoge, pues, como han reconocido los tribunales de justicia, nos encontramos con un documento administrativo en el que los hechos, actos o estados de cosas que consten el mismo se han de tener por ciertos, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León de 16 de noviembre de 2007 con cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006). Debe destacarse además que tan grave acusación de los interesados no se corresponde con su comportamiento, pues no consta que la falsedad que alegan haya sido denunciada ante la jurisdicción penal que es preferente a la jurisdicción contencioso- administrativa (en el mismo sentido nuestro Dictamen 567/18, de 27 de diciembre, con cita de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 15 de junio de 2012).

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al expediente contratados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis denunciada.

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

## **CONCLUSIÓN**

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

asistencia sanitaria dispensada durante el parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

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 22 de junio de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 292/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid