

Dictamen nº: **565/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.11.21**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 noviembre 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 sobre responsabilidad patrimonial promovido, por Dña. y D., (en adelante “*los reclamantes*”) actuando en su propio nombre y en el de su hija recién nacida, por los daños y perjuicios causados a la menor durante el parto instrumental desarrollado en el Hospital Universitario de Torrejón y por la complicación posterior que se produjo durante el tratamiento quirúrgico al que fue sometida, en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado por los reclamantes, asistidos de letrada, en fecha en fecha 5 de diciembre de 2019, se formuló reclamación de responsabilidad patrimonial, en la que manifiestan que consideran deficiente la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, durante el parto instrumental que se le practicó en el Hospital Universitario de Torrejón, el 11 de mayo de 2019, al que atribuyen las lesiones padecidas por la recién nacida.

También reprochan la asistencia que posteriormente se prestó a la menor en el Hospital Universitario La Paz, donde fue intervenida 3 veces en un mes por sus problemas de salud, considerando que en las mismas concurre *mala praxis*.

Concretamente consideran que la hemorragia cerebral que sufrió la bebé, resultó causada por la extracción instrumentada con ventosa Kiwi durante el parto y, en relación con esta cuestión, critican que no se haya entregado por el Hospital Universitario de Torrejón, la hoja de protocolo quirúrgico de la extracción con ventosa, pues ello les ha impedido conocer en qué plano se aplicó el instrumento, las tracciones realizadas, la duración de la extracción o los eventuales *derrapajes*.

Además, en relación al parto, también manifiestan defecto de información sobre su instrumentalización, reprochando que la paciente nunca fue informada, de forma escrita ni verbal de que, como consecuencia de un parto inducido de 40 horas de duración, podría llegar a hacerse necesario instrumentalizarlo y las posibles consecuencias que ello tendría, aludiendo a ciertas complicaciones establecidas por la literatura médica derivadas del empleo de ventosa.

En referencia a las asistencias dispensadas posteriormente, en el Hospital Universitario La Paz, manifiestan que durante la primera intervención se produjo a la niña una fistula de líquido cefalorraquídeo, entre la fosa cerebral media y el techo de calota, *“precisando una segunda intervención y con ella una tercera, para el reimplante óseo”-sic.-* y, todo ello en poco más de un mes. Afirman que, como consecuencia de las intervenciones y sus complicaciones, se ha producido una hernia craneal a la menor, que precisa de una órtesis, que desconocen el tiempo que habrá de llevarla y, además, dudan de su eficacia.

Sobre este último asunto, explican que: *“la situación de la niña a día de hoy es que debe llevar de modo constante un casco en la cabeza por el riesgo citado anteriormente, el cual no sólo tiene un coste elevado, sino que hay que cambiarlo cada vez que a la niña le crezca la misma haciendo uno nuevo dependiendo del crecimiento, casco que se encuentra descatalogado en la Seguridad Social.*

Pero, no es sólo ese el problema, sino la dificultad de que alguna ortopedia le fabrique una órtesis craneal, para tratar un bultoma o hernia craneal. Siguiendo las indicaciones del Dr.... del Hospital Universitario La Paz, en la ortopedia consultada por los padres NO les garantizan ni la efectividad ni la duración del tratamiento y se eximen de cualquier responsabilidad de cualquier otro resultado distinto al esperado.

Según la citada ortopedia y, a pesar de llevar 15 años fabricando y adaptando órtesis a medida, NO han fabricado nunca una órtesis para tratar un bultoma (hernia craneal)...”.

Por todo ello, para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicitan una indemnización de cuantía indeterminada.

Junto con el escrito de reclamación se aportó el certificado de nacimiento de la menor y diversa documentación médica, sobre la asistencia al parto en el Hospital Universitario de Torrejón y la que fue posteriormente dispensada a la menor, en el Hospital Universitario La Paz.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente y los datos de la historia clínica, resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del Dictamen:

La reclamante, de 38 años de edad en el momento de los hechos, sin antecedentes médicos de interés, ingresó la madrugada del día 10 de mayo de 2019, a las 2:30 horas, en el Hospital Universitario de Torrejón con embarazo de 40+6, por la rotura prematura de membranas.

La gestación se había desarrollado con normalidad, con cribado de anomalías genéticas de bajo riesgo, serología negativa y desarrollo ecográfico normal. Fue controlada en el Hospital de Guadalajara.

Tras la exploración física pertinente de la gestante y su solicitud de evolución espontánea del parto, quedó ingresada en planta en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón, debidamente monitorizada para controlar el seguimiento de la evolución del parto.

El 10 de mayo de 2019, a las 17:47 horas, fue trasladada a paritorio para comenzar inducción, se canalizó vía y se inició la administración de antibiótico por rotura de bolsa anterior a 12 horas, según protocolo. La parturienta firmó el consentimiento informado para la inducción y a las 18.45 horas se comenzó inducción, estimulando el desarrollo del parto, con la aplicación de prostaglandinas, para la maduración del cuello de útero. Además, se colocó a la paciente un registro cardiotocográfico – en adelante RCTG-externo, con telemetría, reflejando datos tranquilizadores.

A las 21:10 horas se le pasó dieta, mantenido el RCTG por presentar datos de desaceleración variable. Los datos evolutivos del registro fueron tomados periódicamente. Así, a las 23:00 horas el RCTG fue reactivo aunque variable, con presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones.

El 11 de mayo de 2019 a las 2:30 horas, se aplicaron nuevamente prostaglandinas a la gestante, continuando con el RCTG,

por presencia de desaceleraciones variables puntuales. Se objetivó en ese momento bradicardia con hipertono, procediendo para su resolución a un cambio postural y a reforzar la hidratación materna, avisando al ginecólogo de guardia. Se recuperaron los registros de normalidad tras la administración de ritodrina, pautando el inicio de la administración de oxitocina, si continuaba la ausencia de dinámica uterina espontánea y suprimiendo las prostaglandinas.

A las 4:00 horas el registro manifestaba descenso de la variabilidad, con presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones, iniciándose la perfusión de oxitocina a 6ml/h, por disdinamia (ausencia de dinámica uterina). A las 5:00 horas el registro era tranquilizador, aunque a las 6:06 horas se avisó al ginecólogo de guardia por bradicardia secundaria a hipertono, que se resolvió con movilización y suspensión de la oxitocina y de la ritodrina, planificando continuar con la observación del RCTG.

A las 8:28 horas el RCTG reactivo era variable, con presencia de ascensos y ausencia de desaceleraciones, decidiéndose la reanudación de la perfusión de oxitocina a 6ml/h.

A las 9:10 horas se avisó nuevamente al ginecólogo de guardia para valoración de RCTG, por presencia de descenso de la línea de base y desaceleraciones coincidente con tono. La variabilidad estaba conservada, por lo que se decidió parar de perfundir oxitocina e iniciar ritodrina.

A las 10:00 horas se produjo un nuevo episodio de bradicardia fetal, por lo que se avisó otra vez al ginecólogo, recuperando el latido con cambios posturales de la gestante, como también a las 12:39 horas, por igual motivo.

A las 13:00 horas la parturienta fue explorada, constatándose que se estaba borrando el cuello de útero, con dilatación de 2cm. Además se tactó el polo de la bolsa amniótica, procediendo a la amniorrexis artificial –rotura total de la bolsa, manual-, apreciándose meconio espeso y bradicardia fetal. Se avisó al ginecólogo y se produjo la recuperación fetal con cambio de postura.

A las 15.30 horas se constató que el pH. de la calota fetal era de 7.36 y a las 16:00 horas la gestante fue nuevamente valorada por el ginecólogo, constando dilatación de 3-4 cm. Se explicó a la paciente la evolución del parto y que sería revalorada en 2 horas, aumentando la perfusión de oxitocina.

A las 19:00 h, se decidió imprimir mayor rapidez al expulsivo, llevando a efecto un parto instrumental con ventosa kiwi por riesgo de sufrimiento fetal, a la vista de la prolongada duración del parto, la presencia de registros poco tranquilizadores, incluyendo diversas bradicardias y desaceleraciones, aunque con pH adecuado y 40:31 horas de bolsa parcialmente rota. No se realizó episiotomía, por lo que la paciente sufrió un desgarro perineal grado II. La dilatación comenzó el 11 de mayo de 2019 a las 4:00 horas y la duración del parto fue de 14.59 h.

La recién nacida obtuvo puntuaciones en el test de Apgar 9/10/10, pH. de la arteria del cordón 7.31; pH. de la vena 7.36; Peso 2.620 gramos, un perímetro encefálico en p80 (36 centímetros), considerándose nacida a término con bajo peso para la edad gestacional; longitud 48.5 cm; perímetro cefálico 36 cm; frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto; saturación de oxígeno al 99%; frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minuto; y tensión arterial 60/40 mmHg. Además, presentaba buen estado general, piel sonrosada, cráneo normoconformado, fontanela normotensa y sin masas. No tenía crepitación de clavículas y en la auscultación

pulmonar presentaba tonos rítmicos, sin soplos, así como buena ventilación bilateral. El abdomen estaba blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, los pulsos femorales eran palpables y las caderas estables.

Pese al buen estado inicial, horas después del nacimiento, la pequeña se mostró hipotónica y sin realizar la toma, con un regular estado general. A las 27 horas de vida, presentó episodios de hiporreactividad, rechazo de las tomas y febrícula y, poco después, movimiento de chupeteo, así como movimientos clónicos de la extremidad superior derecha, con mirada fija intermitente de 1-2 minutos de duración. Tras el cuadro, la exploración neurológica fue normal, salvo hiporreactividad con glucemia 62 mg/dl. La analítica de sangre no evidenció marcadores de infección y los valores plaquetarios también fueron normales.

Se inició cobertura antibiótica y antiviral con ampicilina y gentamicina a dosis habituales y aciclovir.

A las 28 horas de vida inició movimientos de chupeteo y clonias de hemicuerpo derecho -miembro superior e inferior derecho-, que ceden con bolo de fenobarbital a los 2 minutos.

A las 34 horas de vida, presentó episodio de desaturación con bradicardia, que remontó con estímulo táctil, seguido de movimientos clónicos de hemicuerpo derecho y chupeteo, cediendo con otro bolo de fenobarbital a 10 mg/kg, decidiéndose iniciar tratamiento de mantenimiento a 4 mg/kg/día, a pesar de lo cual, continuó presentando crisis puntuales de similares características, que cedieron con midazolam a 0,2 mg/kg, con duración aproximada de 2-3 minutos.

Se inició tratamiento con levetiracetam, manteniendo el tratamiento antibiótico y el aciclovir.

Desde el punto de vista respiratorio, el bebé se encontraba estable con gafas nasales a 1 lpm con FiO² a 0,21, si bien con algunas pausas de desaturación y bradicardias puntuales, que cedían con estimulación táctil. Mantenía saturaciones de oxígeno normales, hemograma normal, niveles de láctico y amonio normales y no presentaba datos de acidosis ni alteraciones electrolíticas o hipoglucemias. Coagulación normal. Punción lumbar normal. Se le realizaron hemocultivos, cultivos de líquido cefalorraquídeo y estudio metabólico.

En el Área de Neurología Pediátrica, se le realizó un electrocardiograma, en el que se evidenció actividad muy desestructurada del hemisferio izquierdo, claramente patológica, con elementos que podrían corresponder con presión osmótica en ese mismo hemisferio, sin correlación clínica durante el registro.

En la exploración física, el bebé no presentaba asimetrías faciales. Los pares bajos parecían normales, aunque con pocos movimientos espontáneos. Tenía buena fuerza en miembros superiores e inferiores, buen tono axial y periférico, reflejos rotulianos presentes bilaterales, reflejo palmo-plantar presente y “reflejo de moro” también presente.

En la ecografía cerebral se detectó hemorragia parenquimatosa izquierda con afectación temporoparietal, diagnóstico que determinó el traslado al Hospital Universitario La Paz, donde permaneció desde el 13 de mayo hasta el 9 de julio de 2019.

En el Hospital Universitario La Paz, se inició fluidoterapia que se mantuvo hasta los 9 días de vida, así como nutrición enteral a los 6 días, con buena tolerancia y curva ponderal adecuada al alta.

A su llegada al hospital se encontraba somnolienta, respondiendo a la manipulación sin mantener vigilia autónoma, con pupilas midriáticas medias, poco reactivas a la luz y reflejos arcaicos leves. Se le aplicó soporte ventilatorio y tratamiento anticomitial con fenobarbital y levetiracetam, por las crisis clínicas presentadas en el hospital de origen. Consultado el Servicio de Neurocirugía se realizó ecografía transfontanelar que evidenció una lesión isquémico-hemorrágica parietotemporal izquierda, que desplazaba levemente la línea media hacia la derecha y en angioTC se confirmó la presencia de hematoma parenquimatoso temporal izquierdo y silviano, además de edema del lóbulo temporal izquierdo, sin poder precisar si se debía a la compresión o era isquémico, con desplazamiento de línea media, aun sin demostrar lesión arterial o arteriovenosa causante del sangrado, ni estenosis arteriales.

Dada la magnitud y localización del sangrado, así como la situación neurológica y hemodinámica, se realizó al bebé craniectomía descompresiva, bajo anestesia general; evacuando componente hemático subdural mezclado con cerebro necrótico.

La evacuación del hematoma fue parcial por la funcionalidad del parénquima afectado, constatándose un cerebro muy edematoso que se hernió a través de la craneotomía. En la intervención se retiró calota que se guardó para reimplante, dejando cobertura de capelina y drenaje sin aspiración.

Se mantuvo al bebé en observación, con mejoría de la exploración neurológica y sin crisis, aunque permaneció intubada por necesidad de sedación para manejar la hipertensión intracraneal desde el ingreso hasta los 7 días de vida. Presentó tendencia a la bradicardia sinusal y tras la realización de una ecocardiografía funcional, se inició tratamiento farmacológico para la insuficiencia cardiaca, que se mantuvo 36h, con buena respuesta. Posteriormente

permaneció estable, sin acidosis metabólica y con tensiones arteriales adecuadas.

Precisó transfusión de concentrado de hematíes al ingreso y a los 4 días de vida en contexto de sangrado intracraneal, así como durante la segunda intervención quirúrgica.

A los 7 días de vida se observa salida de líquido cefalorraquídeo por el conducto auditivo izquierdo. Se le realizó TC de cráneo/peñasco el 19 de mayo de 2019, por sospecha de fistula entre fosa cerebral media y techo del referido conducto auditivo, constatando la persistencia del hematoma intra y extraparenquimatoso temporal izquierdo, infartos temporales y parietal izquierdos subagudos y de leve hemorragia intraventricular. Se consultó con Neurocirugía y Otorrinolaringología que decidieron asumir una actitud conservadora tras descartar fractura de peñasco, observando disminución progresiva de la salida de líquido cefalorraquídeo, hasta su resolución a partir de los 11 días de vida.

Se realizó interconsulta a Hematología, que efectuó estudio de factores y de función plaquetaria y también se practicó una ecografía transfontanelar el 22 de mayo de 2019, con resultado de reducción del tamaño de la lesión isquémico-hemorrágica parieto-temporal izquierda, limitándose en ese momento al lóbulo temporal izquierdo.

En ulterior ecografía transfontanelar de fecha 31 de mayo de 2019 la lesión isquémico-hemorrágica estaba más localizada en el lóbulo temporal izquierdo, sin que se observase desplazamiento de la línea media, ni afectación gangliotalámica. Se inició profilaxis antibiótica.

A los 20 días de vida, previo al alta domiciliaria, por sospecha de sepsis sin foco claro, se realizó una angioRM craneal el 5 de junio de 2019, visualizándose un aumento de la herniación transcraneal

izquierda respecto a la resonancia del 14 de mayo, pero una reducción de la misma respecto al TC de 19 de mayo. A la vista de lo indicado, se estableció que: *“no se pueden descartar otras posibilidades como que haya existido nuevo sangrado o la posibilidad de contaminación/abscesificación de la colección hemorrágica sobre todo si estaba fistulizado, pero dados los elementos hemorrágicos en la misma no es posible definir este diagnóstico mediante la difusión”*.

En razón de los hallazgos clínicos y radiológicos se decidió reintervención quirúrgica el día 6 de junio de 2019, que transcurrió sin incidencias. En la misma se realizó la evacuación completa de los restos del hematoma, sin evidenciar patología subyacente. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y la exploración neurológica estuvo dentro de la normalidad, sin signos de hipertensión intracraneal. Durante la intervención se inició perfusión de dopamina, que se retiró en la primera hora del postoperatorio.

Los cultivos de material drenado en la intervención resultaron estériles y la anatomía patológica mostró fragmentos de tejido cerebral con inflamación crónica y signos de sangrado antiguo, sin inflamación aguda.

El 28 de junio de 2019 se realizó una tercera intervención para el reimplante óseo (colocación de placa craneal), transcurriendo sin complicaciones.

El 3 de julio de 2019, en interconsulta a Rehabilitación, el resultado fue que la pequeña presentaba movilidad espontánea de las 4 extremidades, sin asimetrías, tono global normal y fuerza en miembros inferiores y superiores normales, además de movimientos generales de apariencia normal. Se recomendó revisión al alta, en consulta externa. El 9 de julio de 2019, la niña recibió el alta.

El 11 de julio de 2019 se realizó consulta en Otorrinolaringología, remitida desde Neurocirugía por otorrea y sospecha de fístula de líquido cefalorraquídeo tras craneotomía temporal. En la exploración física se constató tapón oclusivo de cera en el oído izquierdo, que fue retirado. No se constató protrusión de las paredes del conducto auditivo externo y la exploración del oído derecho resultó normal.

El 22 de julio de 2019, acudió a consulta de Rehabilitación cuyo resultado fue: “Hemorragia intracraneal izquierda resuelta sin secuelas neurológicas aparentes” y el 5 de agosto acudió a Urgencias por edema en zona de la herida quirúrgica. El 11 de septiembre, en revisión en Neurocirugía se apreció bultoma en región temporoparietal izquierda y se anotó la recomendación de tratamiento con banda ortésica, así como revisión en dos meses.

Con posterioridad al alta, ha seguido revisión en consulta de Pediatría por exposición al bacilo causante de la tuberculosis en Unidad Neonatal. Recibió tratamiento durante 10 semanas con excelente tolerancia y controles negativos.

El 11 de diciembre de 2019 en exploración en consulta de Pediatría presenta dudosa paresia de miembro superior derecho e hiperreflexia de hemicuerpo derecho. El 13 de diciembre de 2019, en consulta de Otorrinolaringología el resultado fue que está bien, con otoscopia normal, por lo que se procedió a dar el alta la niña, en esta consulta.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, 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) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público

(título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP), comunicándolo a los reclamantes a través de su letrada y a los hospitales implicados.

En virtud de lo dispuesto en la normativa de referencia, se ha incorporado la historia clínica de la gestante y de su hija, en particular referencia al parto y a los tratamientos posteriores de la niña. Además, conforme a los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se ha recabado el preceptivo informe de los servicios implicados en la asistencia cuestionada, incorporándose al expediente el informe de la jefe de Servicio de Neonatología del Hospital Universitario La Paz, de fecha 30 de diciembre de 2019 -folios 37 y 38- y otro del Servicio de Neurocirugía Infantil del mismo hospital, de 17 de enero de 2020- folio 161 a 163-, además del informe de la jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón, de 20 de octubre de 2020- folios 228 a 230-.

El último de los informes indicados, en referencia a la actuación obstétrica, insiste en que en todo momento se actuó de conformidad con los protocolos vigentes, avisando en múltiples ocasiones al ginecólogo de guardia para valorar la monitorización fetal, según protocolo de la unidad, y que también se aplicaron los protocolos sobre parto instrumentado de la SEGO y del Hospital Clinic de Barcelona, adjuntándose copia de todos ellos.

Además, en referencia al desarrollo del expulsivo, indica que la ginecóloga responsable, al acabar el parto no reflejó inmediatamente sus datos y circunstancias en el “Sistema Florence”, para la constatación informática de las historias clínicas, pero se acordaba perfectamente del caso por haberlo comentado y revisado en sesión clínica, dada la complicación neonatal que les fue comunicada en el Comité de Medicina Perinatal que lleva a cabo el servicio junto a los pediatras, de forma semanal. A continuación, el informe, transcribe el desarrollo del parto realizada por la doctora responsable, en los

siguientes términos: *“Matrona responsable avisa por monitorización fetal no tranquilizador, dilatación completa, paciente en expulsivo. El equipo de Ginecología de guardia (Dr. ...y Dra.) pasamos a valorar a la paciente que se encuentra en dilatación completa, presentación fetal en III plano de Hodge. Se anima a pujos dirigidos, correcto descenso de la presentación hasta un IV plano. Sondaje vesical y se decide aplicar ventosa tipo KIWI según procedimiento habitual. Tracción y extracción fetal sin dificultad en 3 pujos. Nace mujer viva (2620 g). Pediatra presente. Apgar 9/10. Ph arteria 7.31// Ph vena 7.36. Alumbramiento dirigido. Placenta y membranas íntegras. No episiotomía. Desgarro de II grado (tipo de desgarro muy habitual en los partos sin episiotomía, especialmente si ha habido parto instrumental) que se sutura sin incidencias. Puerperio normal desde el punto de vista materno”*.

Por lo demás, y a modo de conclusión valorativa sobre el devenir del parto y su relación con las lesiones de la menor, indica que considera que la actuación del equipo obstétrico fue correcta durante todo el proceso y que la bibliografía manifiesta como improbable la relación causa efecto y, en cualquier caso que, con los parámetros clínicos de los que dispuso el equipo en cada momento, no hubieran indicado una actuación obstétrica diferente a la que se realizó y añade que: *“La doctora que realiza la intervención (Ventosa) es una obstetra muy experimentada y la ventosa tipo Kiwi es un instrumento que utiliza ella y todo el servicio de forma habitual, y que está considerado de primera elección dentro de la instrumentación obstétrica, por su bajo riesgo hacia el neonato. La indicación del procedimiento era la adecuada, acorde a la situación obstétrica en la que se encontraba el parto (riesgo de pérdida de bienestar fetal, con feto en IV plano)”*.

Los informes del Hospital Universitario La Paz, detallan las razones de las tres intervenciones practicadas, analizando las

complicaciones surgidas, en todo caso motivadas por la gravedad de la situación y argumentan que fueron correctamente solventadas.

En cuanto al informe de Neurocirugía, explica: *“El día 14 de mayo de 2019 el equipo de guardia de Neurocirugía de nuestro hospital fue consultado para valorar a la paciente, en ese momento de 3 días de vida, por la existencia de una hemorragia intracraneal frontotemporal izquierdo. Ante esta situación se realizó un estudio para descartar patología subyacente incluyendo un AngioTC, RM craneal y AngioRM cerebral, para descartar malformaciones vasculares. Debido al riesgo vital para la paciente, se decide realizar de urgencia una craneotomía descompresiva, la cual se realizó retirando el hueso y abriendo la duramadre, evacuando puntualmente el hematoma sin incidir en este último aspecto debido a la funcionalidad del parénquima afectado. La paciente presentó buena evolución con estabilización de las constantes vitales, al día siguiente se inició seguimiento diario por parte de Neurocirugía Infantil.*

Tras la cirugía se evidenció la salida de líquido claro por el oído izquierdo, estableciendo el diagnóstico de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), complicación descrita en el postoperatorio de la cirugía realizada. Ante la situación de la fragilidad de la paciente, la ausencia de otra sintomatología y tras ser valorada por otorrinolaringología y realización de TC craneal donde se evidenciaba clara mejoría del hematoma con aparición de fístula de LCR, se decidió manejo conservador con profilaxis antimicrobiana.

En los días siguientes la paciente presentó fiebre realizándose el día 5 de junio una RM craneal y AngioRM que no puede descartar la aparición de un absceso cerebral en el lecho quirúrgico. Ante de nuevo el potencial riesgo vital para la vida de la paciente se deduce intervención quirúrgica. El 6 de junio se realiza evacuación completa de restos del hematoma, sin evidenciar patología subyacente

intraoperatoriamente, se tomaron muestras y se remitieron para análisis microbiológico sin evidenciar crecimiento de ningún patógeno en el postoperatodo, no se repuso colgajo óseo ante la sospecha de infección. Se realizó TC craneal de control al día siguiente, sin hallazgos significativos.

Tras esta segunda cirugía la paciente evoluciona favorablemente con exploración neurológica sin hallazgos ni datos de hipertensión intracraneal. Ante la buena evolución de la paciente, el día 28 de junio se decide la reposición del colgajo óseo (craneoplastia) procedimiento que transcurre sin incidencias, sin embargo, debido al defecto óseo dejado tras la cirugía inicial realizada para salvar la vida de la paciente, el cerebro se ha herniado a través de dicho de defecto y el resultado cosmético no es óptimo. Se informa a la familia de este hecho y de necesidad de seguimiento. En el postoperatorio presentó una sospecha de infección de herida quirúrgica, manejada conservadoramente con antibióticos y curas locales, solucionándose sin complicaciones y siendo dada de alta el 9 de julio.

Volvemos a valorar a la paciente ya de forma ambulatoria en consultas de neurocirugía infantil el 30 de julio. La herida quirúrgica presenta buen estado, sin embargo, persiste la herniación a través de la craneotomía inicial a pesar de la realización de craneoplastia. Se solicita RM craneal de control y revisión en 3 meses.

El día 5 de agosto es valorada por el equipo de Neurocirugía de guardia, por presentar acúmulo en herida quirúrgica, por lo demás asintomática, sin fiebre, sin irritabilidad, sin otra focalidad neurológica, con adecuada tolerancia oral y sin sintomatología en otros sistemas. Ante la estabilidad de la paciente, se decide manejo ambulatorio con ecografía ambulante. La ecografía se realiza el 24 de octubre, que se describe como imágenes muy similares a las del último TC realizado con fecha 7 de junio de 2019.

Acude de nuevo a consulta de Neurocirugía Infantil el 11 de septiembre y es valorada por el Dr. ...y el, Dr. ..., la paciente presenta mayor herniación por el defecto craneal dado que el hueso autólogo recolocado tiende en un porcentaje elevado a la reabsorción. Se explican diferentes opciones de manejo incluida una nueva intervención quirúrgica. Se decide manejo conservador, inicialmente con banda ortésica, dado que la niña es demasiado pequeña como para poder realizar una cirugía de remodelación ósea craneal. Se explican las limitaciones del tratamiento, así como el sentido del mismo. Les explicamos que seguiremos a la paciente para ver su evolución.

El 14 de octubre acude de nuevo urgencias por lesión sobre herida quirúrgica con eritema y distensión de los puntos de sutura, es valorada por el equipo de Neurocirugía Infantil realizándose radiografía craneal para valorar ta evolución de la plastia craneal, descartando actitud urgente se remite a consulta para seguimiento.

El 6 de noviembre es valorada de nuevo en consultas de Neurocirugía Infantil. El control de la órtesis craneal ha sido eficaz pues el defecto craneal se encuentra estable, está pendiente de nueva RM craneal, se ve ecografía transfontanelar realizada en octubre que no muestra hidrocefalia u otras complicaciones. Se comenta a familiares la posibilidad de realización de remodelación craneal más adelante, una vez que el cráneo se encuentre más desarrollado para poder repartir fragmentos óseos”.

Por su parte, el informe de Neonatología, incide en la necesidad de las tres operaciones a que debió ser sometida la recién nacida, indicando: “En RM realizada al día siguiente de la cirugía- en referencia a la primera de ellas- se observa, además de lo descrito en el angioTAC, reducción del flujo /calibre de una rama M2 del córtex parietal izquierdo. La evolución postquirúrgica es satisfactoria,

manteniéndose intubada para mantener sedación por la hipertensión intracraneal, hasta los siete días de vida. Después de la cirugía no presentó nuevos episodios de crisis convulsivas, manteniéndose monitor de función cerebral durante todo el ingreso en la UCI de Neonatología.

Se objetiva salida de líquido cefalorraquídeo por el conducto auditivo izquierdo a los 7 días, adoptándose actitud expectante, tras descartar fractura de peñasco, presentando una resolución espontánea a los 4 días. En seguimiento ecográfico seriado, se objetiva la progresiva disminución del tamaño de la lesión isquémico-hemorrágica parieto-temporal izquierda, sin desplazamiento de línea media y sin signos ecográficos de afectación ganglio-talámica.

A los 20 días de la vida de..., presenta signos clínicos de infección sin foco claro, realizándose una angioRM craneal, en la que se aprecia imagen difícil de precisar, pudiendo ser compatible con proceso involutivo de la lesión isquémico-hemorrágica o tratarse de un absceso, por lo que se programa nueva cirugía a los 23 días de edad, en la que se halla material necrótico en la zona de la lesión.

Posteriormente, se somete a un tercer tiempo quirúrgico para el reimplante óseo (20 de junio de 2019). En los dos tiempos quirúrgicos mencionados, se mantuvo en tratamiento preventivo de las crisis comiciales con levetivazctam, además de antibioterapia.

Al alta, presenta buen estado general, pesa 4.410 g y tiene un perímetro encefálico de 37 cm. No presenta asimetrías en la fuerza ni en el tono muscular. Los movimientos espontáneos son elegantes y fluidos. Tiene un seguimiento auditivo y visual normal y sonríe.

En interconsultas a Neurología y a Rehabilitación realizadas durante su ingreso y, tras valoración clínica, se sugiere citación en consultas externas”.

Por lo que se refiere a los consentimientos informados para las diversas intervenciones y procedimientos invasivos, constan remitidos desde el Hospital Universitario La Paz: el suscrito para informar a los padres sobre la ubicación de la menor durante su estancia en el referido hospital - folio 43-, el de la anestesia pediátrica- folios 44 y 45-, el de la exploración radiológica con contraste iodado intravenoso- folios 46 y 47-, el la craneotomía descompresiva de 13 de mayo – folios 67 y 68- el de la anestesia general de niños en resonancia magnética- folios 68 y 69- del día 14 de mayo de 2019, el de la anestesia pediátrica con gadolneo intravenoso de 4 de junio- folios 75 y 76-, el de la intervención para la evacuación del hematoma intracraneal espontaneo de 6 de junio- folios 77 a 79-, el de la resonancia magnética con gadolneo del 27 de junio, y el de la craneoplastia del día 28 de junio- folios 62-66-.

En referencia al consentimiento informado para el parto instrumental, que fue requerido especialmente por la Inspección Sanitaria en fecha 10 de mayo de 2021 y por el Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, el 11 y el 27 de mayo de 2021; mediante escrito de 3 de junio de 2021, el Hospital Universitario de Torrejón, informó de que no existía, señalando que: *“En todos los partos inducidos, solicitamos el consentimiento informado, pero cuando se trata de un parto instrumental, una cesárea urgente y/o emergentes, el consentimiento informado es de manera verbal, siempre y cuando la parturienta esté en condiciones de recibir dicha información.*

Por lo tanto, en estos casos, existen la excepción a la entrega de un consentimiento informado por escrito, dado que responde a situaciones vitales y lo prioritario es atender al paciente sin demoras, a fin de evitar lesiones irreversibles o incluso el peligro de fallecimiento”.

El Hospital Universitario de Torrejón, centro sanitario concertado con la sanidad madrileña, además de la documentación clínica sobre la asistencia al parto, ha aportado diversos protocolos que viene aplicando. A saber: el protocolo de control fetal intraparto, el protocolo de rotura prematura de membranas pretérmino y a término, el protocolo de parto instrumentado, el protocolo sobre los criterios de aviso al ginecólogo desde el bloque obstétrico y, finalmente, el protocolo de la SEGO sobre parto instrumental.

También consta el informe técnico-sanitario solicitado por el instructor y emitido por la Inspección Sanitaria, de fecha 8 de junio de 2021, que considera que la asistencia prestada se ajusta a la *lex artis*. En cuanto a la ausencia de consentimiento informado para la utilización de ventosa, el mismo informe señala que se ha justificado por parte del hospital, dada la urgencia de la situación.

Una vez instruido el procedimiento fue evacuado el oportuno trámite de audiencia, ex. artículo 82 LPAC, notificando el mismo a la parte reclamante y al hospital Universitario de Torrejón, con fecha 16 de junio de 2021. El centro concertado ha efectuado alegaciones finales el día siguiente, remitiéndose al informe de la Inspección y los reclamantes formularon sus alegaciones el día 5 de julio de 2021, reiterando en esencia los términos de su escrito inicial y destacando la ausencia de determinada documentación, en referencia a la historia clínica del Hospital Universitario de Torrejón.

En su virtud, con fecha 12 de julio de 2021, el jefe de Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, requirió al hospital la remisión de los registros ecocardiográficos del parto de la reclamante, la hoja del protocolo quirúrgico de la aplicación de vacuo-extracción, así como la formal acreditación la presencia de la ginecóloga que asistió en el expulsivo y del consentimiento informado del parto.

En contestación a lo requerido, se remitió un escrito de alegaciones, de fecha 22 de julio de 2021, suscrito por un procurador de los Tribunales, obrando en representación del Hospital Universitario de Torrejón- según apoderamiento que adjunta-, en el que reitera que el referido hospital se encuentra personado formalmente en el procedimiento de responsabilidad patrimonial y se da contestación a las últimas alegaciones de los reclamantes. En su virtud, indica:

-Que la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Torrejón fue quien efectuó la interpretación de los registros de monitorización de la parturienta, aplicando su amplia experiencia. Niega que mediara sufrimiento fetal previo u otro indicador que hubiera debido llevar a efectuar una cesárea anterior a la paciente.

- En cuanto a la acreditación de la intervención de la ginecóloga que se indicó que había asistido al parto instrumental y que explicó sus circunstancias, apela al informe de la jefa del servicio de Ginecología y Obstetricia, que a su vez contiene “pantallazos” del registro oficial de partos incorporado al programa informático “*Florence*”, empleado en el hospital.

- Sobre el desarrollo del expulsivo y la justificación de la instrumentalización del parto, este informe se remite de nuevo al informe de la jefe de servicio e indica que fue la matrona, por indicación de la ginecóloga quien reflejó las anotaciones sobre el uso de la ventosa, diciendo que, la ginecóloga actuante “*solicitó a la matrona...., que no estaba atendiendo a la gestante en esos momentos, que escribiera por ella en la historia para describir el parto mediante una delegación de funciones, mientras ella estaba atendiendo el puerperio inmediato de la paciente*”. Y añade: “*Aportamos la nota en la que se ve la hora en la que se escribió, a las 19.02 horas del día 11.05 y se indicó: ‘El parto se ha producido a las 19.01 por lo que la Dra.*

...aún estaba dentro del paritorio suturando el desgarro y solicita a la matrona que transcriba sus palabras.

Como hemos aportado en otros momentos, tanto el Dr. ... como la Dra. ... que estaban de guardia, se acordaban perfectamente del caso y consta la siguiente nota: ‘Matrona responsable avisa por MFNE no tranquilizador, dilatación completa, paciente en expulsivo. El equipo de ginecólogos de guardia pasamos a valorar a la paciente que se encuentra en dilatación completa, presentación fetal en III plano de Hodge. Se anima a pujos dirigidos, correcto descenso de la presentación hasta un IV plano. Sondaje vesical y se decide aplicar ventosa tipo KIWI según procedimiento habitual. Tracción y extracción fetal sin dificultad en 3 pujos. Nace mujer viva (2620 g). Pediatra presente. Apgar 9/10. Ph. arteria 7.31// Ph. vena 7.36. Alumbramiento dirigido. Placenta y membranas íntegras. No episiotomía. Desgarro de II grado que se sutura sin incidencias’.

- En cuanto a la ausencia del consentimiento informado para el parto indica que, como se evidencia en la historia clínica remitida y en los informes de los responsables de los servicios intervinientes, en el caso de la paciente no se le proporcionó consentimiento informado escrito para el uso de la ventosa por ser una actuación totalmente urgente y necesaria para la extracción fetal.

Añade que, constan numerosas anotaciones a lo largo de la historia clínica que acreditan la información personalizada que se le fue facilitando a la paciente, extremo que viene corroborado por un informe que adjunta, de 11 páginas, que consta sin fecha y está suscrito por la jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón. En el mismo se indica que, además de la información escrita proporcionada, consta que se dio información a la pareja, en al menos 7 ocasiones, según reflejan las correspondientes notas clínicas, tanto de matronas como de

facultativo/as, recogidas en la historia clínica, a lo largo de todo el proceso obstétrico.

Finalmente, en cuanto a las alegaciones relativas a la falta de cumplimiento del protocolo de actuación del Hospital sobre la recomendación de finalizar la gestación, si es posible, dentro de las 24 horas; nuevamente según argumentación de la responsable del servicio se explica que el protocolo de bolsa recomienda que el parto se produzca antes de las 24 horas de rotura de bolsa prematura, pero no es una obligación y que, de hecho el deseo materno y las horas en las que acude tras la rotura parcial de la bolsa, fue lo que hizo que el parto se produjera más tarde. Además, que: *“Ambas actitudes están contempladas en los protocolos clínicos que ya hemos adjuntado en otras ocasiones. Lo que sí que tenemos que hacer (si la madre lo acepta, que en este caso lo hizo) es poner tratamiento antibiótico profiláctico pasadas 12 horas de la RPM. Fue ella la que haciendo uso de su autonomía del paciente, y tras ser adecuadamente informada, decidió no realizar la inducción desde el inicio”*.

Además, recalca que no existió pérdida de bienestar fetal hasta el momento en el que se indicó la extracción fetal mediante el uso de ventosa, siendo tal situación evidente dado que la recién nacida obtuvo puntuaciones de Apgar 9/10/10 y un Ph. de arteria del cordón de 7.31 y de la vena 7.36, descartando esos datos objetivamente la existencia de sufrimiento fetal

A la vista del escrito referenciado y de su informe adjunto, se concedió nuevo trámite de audiencia a los reclamantes, el 29 de julio de 2021 y el día siguiente se hizo uso del mismo, reiterándose en su reclamación inicial y en sus consideraciones alusivas a la insuficiencia de la documentación remitida, insistiendo en la ausencia del registro cardiotocográfico, del protocolo quirúrgico de la

aplicación de la vacuo extracción y del consentimiento informado del parto.

Finalmente, el 23 de septiembre de 2021 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación, por considerar el conjunto de todas las actuaciones acordes a *la lex artis ad hoc*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 1 de octubre de 2021, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 2 de noviembre 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 indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) 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, está regulada en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de la norma.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, en la forma que de inmediato se expone. En particular, la referencia a las actuaciones médicas efectuadas durante el parto y a la ausencia de consentimiento informado relativo a su instrumentalización, debe entenderse circunscrita a la reclamante, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el 32 de la LRJSP, al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada y tener carácter personalísimo el daño derivado de la ausencia o defecto del consentimiento.

Para con relación a los pretendidos daños de la nacida, la menor sería la primeramente legitimada, al amparo de los mismos preceptos indicados, aunque 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, ya que se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a los firmantes del escrito de reclamación con la niña, mediante copia del certificado de nacimiento de la menor.

Los reclamantes han actuado asistidos de una letrada a la que, sin embargo no se ha requerido apoderamiento especial aunque, dado que la reclamación se firmó también por los reclamantes mayores de edad, debe entenderse que se presentó en su propio nombre y en el de su hija menor, mediante asistencia letrada, siendo

así que los trámites ulteriores se realizaron con la indicada representante, para los cuales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.3 de la LPAC, se presume la representación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, pues el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico de dos centros pertenecientes a la red pública asistencial, el Hospital Universitario de Torrejón y el Hospital Universitario La Paz.

La circunstancia de que la asistencia prestada durante el parto se produjera en el Hospital Universitario de Torrejón, centro concertado con la Administración Sanitaria Madrileña, no obstaculiza la indicada legitimación pasiva. Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la una al personal o establecimiento que directamente preste esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 20 de mayo, 203/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª) y más recientemente en la Sentencia de 22 de mayo de 2019 del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (recurso de apelación 69/2019) al declarar: *“Lo más decisivo es que la*

gestión indirecta del servicio público de salud mediante un contrato público de gestión de servicios no elimina la responsabilidad directa del titular del servicio público que sigue siendo garante y responsable del funcionamiento del servicio en relación con los daños y perjuicios causados al perjudicado y beneficiario del mismo sin perjuicio de repetir contra el centro sanitario subcontratado cuya responsabilidad solidaria puede ser declarada por la Administración en el mismo proceso administrativo de responsabilidad patrimonial (STS 20 noviembre 2018)”.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo, *ex artículo 67 LPAC*, recogándose así en la norma un criterio objetivo, vinculado a la aparición de las secuelas aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela con el mismo objeto la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la sentencia de 22 de febrero de 2012, recurso de casación 608/2010, en que el Alto Tribunal recuerda que *“la fecha inicial para contar el plazo de prescripción del artículo 142, apartado 5, de la Ley 30/1992, tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”.*

En el presente caso, la reclamación ha sido interpuesta el día 5 de diciembre de 2019, en referencia a la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y a su hija, en el Hospital Universitario de Torrejón y en el Hospital Universitario La Paz, a partir del día 11 de mayo de 2019, siendo ese el momento en que se produjo el parto. A la vista de estas circunstancias temporales, resulta evidente que la misma ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe del/de los servicios médicos implicados. Y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a los reclamantes de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que presentaron alegaciones, y finalmente, se dictó la propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter 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 los artículos 32 y siguientes de la LRJSP-coincidente, en términos generales, con los precedentes artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC- 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”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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 con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y 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.

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis ad hoc* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

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”*.

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los

administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- En el caso que nos ocupa, los reclamantes consideran deficiente la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y a su hija, en el Hospital Universitario de Torrejón y en el Hospital Universitario La Paz, durante la práctica del parto instrumental y las atenciones ulteriores dispensadas a la menor.

Concretamente plantean, respecto del parto desarrollado en el Hospital Universitario de Torrejón, que se lesionó el derecho a la información de la madre y que, además se produjo una lesión de la *lex artis ad hoc*, al considerar que la hemorragia parenquimatosa izquierda con afectación temporoparietal que sufrió la recién nacida, se debió al empleo de ventosa Kiwi en el expulsivo, de cuyos riesgos no estaba suficientemente informada la madre.

También se cuestiona la asistencia posterior dispensada a la niña, en el Hospital Universitario La Paz, donde fue sometida a tres intervenciones quirúrgicas, en las que se produjeron diversas complicaciones que también atribuyen a *mala praxis*.

En materia probatoria, no cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba. Así lo entendió también el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia núm. 1707/2008, de 17 de septiembre, al matizar que “*corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia se alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la lex artis médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama*” y en la Sentencia de

20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Frente a lo indicado, en este caso los reclamantes no han aportado al procedimiento criterio médico o científico, avalado por profesional competente, que sirva para acreditar técnicamente que se vulneró la *lex artis* médica, durante el parto, ni en la asistencia y cirugías posteriores a que se ha sometido a su hija recién nacida.

Por el contrario, los informes de los responsables de los servicios involucrados en la atención de la gestante y su hija, abordan todas las cuestiones controvertidas y ofrecen explicaciones solventes a las pretendidas deficiencias que se plantean, con argumentos que se apoyan en los datos reflejados en la historia clínica y en criterios médicos.

De ese modo, resultan muy claros los informes de la jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón y los de los responsables de los servicios de Neurocirugía y Neonatología del Hospital Universitario de La Paz y, finalmente, también el emitido por la propia Inspección Médica.

Del contenido de todos esos informes resulta que, tanto el desarrollo del parto -incluyendo el empleo de la ventosa-, como las intervenciones quirúrgicas a que se sometió a la recién nacida, estaban plenamente justificadas a la vista de la situación clínica de la gestante y de su hija y en su desarrollo se acomodaron a la *lex artis ad hoc*.

Respecto al desarrollo del parto, la no realización de una cesárea anterior y el empleo de la ventosa, en el expulsivo, se ha acreditado que el ingreso de la madre se realizó por rotura prematura de membranas y las sucesivas decisiones se ajustaron a lo establecido en el protocolo del centro. De ese modo, al no iniciarse el parto

espontáneamente, se indujo a las 12 horas desde la rotura, se efectuó un constante seguimiento desde ese momento y se instauró tratamiento antibiótico.

Así, según resulta de la historia clínica, si a las 18.45 horas del día 10 se inició la inducción, a las 21:00 horas se realizó el primer registro tococardiográfico y el dispositivo se dejó implantado de forma continua desde las 23:00 horas, controlándose las desaceleraciones variables puntuales que surgían. Desde ese momento y durante las siguientes 8 horas, se realizó un seguimiento estrecho por parte de la matrona, con frecuentes consultas del ginecólogo de guardia en función de los datos del registro tocográfico. También destaca los análisis del pH intraparto realizados, que fueron en todo momento normales, con particular mención al comprobado a las 15.30 horas del día 11, con valores enteramente normales, sólo tres horas antes de la inducción y cuatro antes del parto.

La justificación de la indicación del parto instrumental por ventosa también se ha razonado suficientemente, pues se empleó para acortar la duración del expulsivo, por el riesgo de pérdida del bienestar fetal, situación que se produjo en el momento final del parto, que fue cuando se adoptó con urgencia la decisión de emplear la ventosa tipo Kiwi. De otra parte, en este caso no existían contraindicaciones para su aplicación, por lo que se eligió el método, por ser el más rápido para finalizar el parto.

Además, a partir de la información existente en el expediente y teniendo en cuenta los protocolos científicos, no hay datos para considerar que la aplicación de la ventosa no se haya ajustado a la *lex artis*, tanto en la indicación como en la aplicación del procedimiento.

Tampoco hay ninguna evidencia de la relación causal entre la hemorragia intracraneal y la utilización de la ventosa. En este punto, el informe de la Inspección señala que, aun siendo una complicación del procedimiento, no es posible establecer con certeza la relación causal, desatacando que un elevado porcentaje de las hemorragias cerebrales en recién nacidos son de causa desconocida.

Sobre la pretendida falta de información a la gestante, el informe de la Inspección sanitaria reconoce que, efectivamente, en el expediente no se recoge ningún documento escrito de consentimiento informado.

Sin perjuicio de lo indicado, el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al referirse al “derecho a la información asistencial”, indica: *“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”*. También, el artículo 8 de la misma norma insiste en que el consentimiento será verbal, por regla general, según ha tenido ocasión de destacar esta Comisión, entre otros en el Dictamen 477/21, de 5 de octubre, donde se explica que: *“...El exigir el consentimiento informado escrito no implica que, de no constar este, necesariamente haya existido falta de información con vulneración de la lex artis. Es reiterada la jurisprudencia que reconoce que el consentimiento informado escrito se exige con una finalidad ‘ad probationem’, por lo que de no existir tal documento se invierte la carga de la prueba y la Administración sanitaria debe probar que el paciente*

fue debidamente informado, por todas las sentencias del Tribunal Supremo (Contencioso-Administrativo) de 19 de septiembre de 2012 (rec. 8/2012) y (Civil) de 9 de junio de 2015 (rec. 1370/2013) y del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de noviembre de 2015 (rec. 7/2014)”.

Pues bien, en este caso, la historia clínica del Hospital Universitario de Torrejón recoge los evolutivos de Enfermería que denotan que se informaba puntualmente a la pareja sobre el devenir de la situación y las diferentes circunstancias que se iban presentando durante el desarrollo del parto. Entre ellos se contiene que, a las 02:30h del día 10 de mayo: *“Damos recomendaciones y explicamos signos de alarma por los que avisar a enfermería”*; a las 18:07 del mismo día: *“Firma CI de inducción”*; a las 21:00 horas: *“21h. Me presento como relevo de turno, se encuentra sin dolor, pero con numerosas dudas que requiere solucionar”*; a las 23:00 horas: *“23h. Se ofrece revaloración obstétrica tras 4 horas de última administración de Misofar, acepta”*; el día 11 de mayo a las 13:15 horas: *“Se explica situación a la paciente y a su pareja”*; a las 15:40 horas: *“Se explica a paciente y acompañante. Se ofrece nuevamente epidural, pero paciente deniega, por temor. Se explica que, en caso de cesárea emergente, requerirá anestesia general”* y ya muy cerca de la resolución del parto, el día 11 de mayo, a las 17:34 horas: *“Se explica a paciente y revaloración en 2 horas”*.

Por lo demás, la utilización de la ventosa en el momento en que se empleó, debe considerarse a la vista de las explicaciones vertidas, un supuesto de urgencia para el feto, exento de la obligación de consentimiento, según lo expuesto en la normativa de referencia que en su artículo 9.2, letra b) recoge: *“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los*

siguientes casos:...b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.

Por lo que se refiere a las intervenciones quirúrgicas realizada en el Hospital Universitario La Paz, se observa que la secuencia de las tres intervenciones se encuentra ampliamente justificada por los responsables de los servicios de Neonatología y Neurocirugía del hospital. Además, la Inspección sanitaria, explica que la primera intervención, del 14 de mayo de 2019, se realizó una craniectomía descompresiva, que es el tratamiento quirúrgico indicado en la hemorragia intraparenquimatosa. La segunda cirugía, del día 6 de junio, se realizó con el objeto de evacuar el hematoma intracraneal, se realizó por la sospecha de la presentación de un nuevo sangrado o de la abscesificación de la colección hemorrágica, basada en la clínica y los hallazgos de las pruebas de imagen realizadas. En la intervención no se confirmó la existencia de absceso o nuevo sangrado, pero no se repuso el colgajo óseo ante la sospecha inicial de infección.

La tercera intervención, fue una craneoplastia o reimplante óseo para reparar el defecto en la calota que se dejó en las intervenciones anteriores. Se realizó el día 28 de junio. La existencia de una fistula de líquido cefalorraquídeo a la que hace referencia la reclamación es una complicación de la cirugía practicada, que se manejó de forma conservadora con terapia antimicrobiana y no fue motivo de ninguna de las intervenciones.

Por todo ello, la Inspección establece: *“Las tres intervenciones estaban correctamente indicadas, se realizaron en un Centro de alta complejidad, en un Servicio con amplia experiencia y se desarrollaron sin incidencias ni complicaciones. En las tres ocasiones se firmó por los*

padres el correspondiente documento de consentimiento informado en el que se especifican las características del procedimiento quirúrgico, así como las posibles complicaciones” y añade: “Por todo lo expuesto, a asistencia prestada en ambos Hospitales se ajusta a la lex artis. Por todo ello, cabe concluir que el daño que se reclama no resulta antijurídico, recayendo sobre la interesada la obligación jurídica de soportarlo, debiendo, por tanto, desestimar la reclamación formulada”.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

Así las cosas, ante la falta de mejor criterio en contra, en cuanto a la asistencia sanitaria materialmente dispensada a la reclamante y al bebe, debemos compartir la conclusión de la Inspección Sanitaria y, por tanto, considerarla ajustada a los parámetros de la *lex artis ad hoc*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, pues la asistencia prestada en el Hospital Universitario de Torrejón y en el Hospital Universitario La Paz se ajusta a la *lex artis*.

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 2 de noviembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 565/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid