

Dictamen nº: **587/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 29 de diciembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a la realización de una cesárea en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó el 1 de agosto de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud un escrito en el que formulaba una reclamación por la atención sanitaria prestada en el citado centro sanitario.

En el mismo expone que el 18 de septiembre de 2018 a las 11:30 horas asistió a una cita para control fetal en el HUDO estando en la semana 40+6 cuando la matrona le indicó que presentaba contracciones (que para ella eran imperceptibles) y lo comentó con la ginecóloga comunicando a la reclamante que el feto padecía estrés fetal por lo ingresó en Urgencias a las 13:22 donde le revisan y al no

presentar dilatación deciden comenzar la inducción al parto con posibilidad de cesárea por lo que ingresa a dilatación a las 14:25 horas.

Continúa la reclamación exponiendo la asistencia que le prestaron y expone que solicitó que la hicieran una cesárea porque se rompió la bolsa con un líquido verde y tras tres horas solo tenía una dilatación de 2. Le realizan en el paritorio la prueba del pH que resulta de 6.96 y según afirma “*empiezan todos a correr y gritar cesárea urgente*”. Tras la cesárea la ginecóloga le dijo a su familia que no le dijeran nada sobre el estado del bebe ya que se lo dirían con cautela.

Posteriormente en Neonatología recibió un excelente trato y al alta tras 60 días el niño había sufrido: síndrome de aspiración meconial, hipertensión pulmonar, sepsis clínica precoz, shock, sepsis clínica tardía, síndrome de abstinencia a fármacos, crisis comiciales e infarto isquémico focal en cabeza del núcleo caudado derecho.

Afirma que el niño recibe Atención Temprana y que ella ha tenido que dejar de trabajar para cuidarlo.

Considera que se ha infringido la *lex artis* y solicita el inicio de actuaciones disciplinarias respecto del personal sanitario que atendió el parto.

Solicita que se tenga por formulada reclamación de responsabilidad patrimonial si bien no cuantifica la cantidad reclamada.

Aporta diversa documentación médica.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado las historias clínicas del HUDO ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, nacida en 1984, fue sometida a la fecundación in vitro con transferencia de dos embriones congelados el día 19 de diciembre de 2017 y con prueba de embarazo positiva el día 27 de diciembre de 2017 acudiendo por primera vez a consultas de Obstetricia del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUDO el día 2 de enero de 2018, remitida desde la consulta de Esterilidad.

El día 3 de enero de 2018 se realiza ecografía pero no se visualiza vesícula gestacional intrauterina ni imágenes paraanexiales.

El día 8 de enero se realiza otra ecografía visualizando vesícula gestacional intrauterina con saco vitelino en su interior, pero sin polo embrionario.

El día 22 de enero, en la semana 6 + 6 se gestación ya se observa polo embrionario en el interior del saco gestacional con movimiento cardiaco positivo por lo que se realiza diagnóstico de gestación intrauterina que se corresponde con amenorrea.

A partir de esta fecha se realizan los controles habituales de un embarazo de bajo riesgo:

- El día 27 de febrero, en la semana 11 + 6 días de gestación se realiza ecografía para el cribado del primer trimestre, informada como normal

- El día 22 de marzo, en la semana 15 de gestación, acude al Servicio de Urgencias del hospital por un episodio de migraña que es tratado con paracetamol 1 gr. Intravenoso con mejoría, solicitando la paciente el alta voluntario a pesar de no haber desaparecido completamente el dolor.

- El día 20 de abril, en la semana 19 + 2 de gestación, se realiza una ecografía informada como normal.

- El día 30 de julio, en la semana 33 + 5 días se realiza una ecografía informada como normal.

- El día 14 de agosto, en la semana 35 + 6 de gestación, acude a la consulta de Obstetricia refiriendo prurito en palmas de manos y plantas de pies de 3 semanas de evolución, de predominio nocturno. Su médico de Atención Primaria solicitó analítica con perfil hepático sin incluir ácidos biliares, informada como normal. Se solicita nueva analítica incluyendo ácidos biliares. Se informa telefónicamente a la paciente de la normalidad de los resultados de ácidos biliares, descartándose con ello una colestasis intrahepática.

El día 6 de septiembre, en la semana 39 + 1 de gestación, se realiza el primer registro cardiotocográfico (RCTG), que muestra un patrón fetal reactivo, de características normales, con algunas contracciones uterinas.

El día 11 de septiembre se realiza otro RCTG de características similares.

El día 13 de septiembre, en la semana 40 + 1 día, es atendida en la consulta de Obstetricia: Buen estado general, asintomática, percibe movimientos fetales, sin clínica de prurito. Se realiza exudado vagino-rectal que resulta positivo para Streptococcus agalactiae (grupo B) y en la exploración ginecológica se observa cuello uterino blando, posterior, cerrado y borrado en un 40 %.

El día 18 de septiembre, en la semana 40 + 6, se realiza RCTG entre las 11:40 horas y las 12:50 horas: se constatan contracciones uterinas regulares y un patrón fetal no tranquilizador: combinación de variabilidad escasa que mejora algo a lo largo del registro y deceleraciones de escasa profundidad y duración de las que el feto se recupera bien. La frecuencia basal del feto es normal (aproximadamente 160 latidos/minuto). A la vista de este registro se

decide finalizar el embarazo mediante la inducción del parto, por lo que se envía a la gestante a Urgencias Obstétrico-Ginecológicas para el ingreso.

En Urgencias se realiza nuevo registro, mostrándose un patrón fetal de similares características, manteniéndose normal la frecuencia cardiaca basal, atendida desde 13:22 horas hasta 14:25 horas.

La paciente ingresa a las 14:25 horas del día 18 de septiembre en el Servicio de Obstetricia y Ginecología HUDO. Al ingreso se constata que aporta preoperatorios normales, y se explica y firma el consentimiento para inducción del parto. Tras ello se indica iniciar maduración cervical con Propess tras 30 minutos de RCTG reactivo, y tras colocar aquel se indica mantener dicho registro durante una hora. Si no existe dinámica, retirar y volver a realizar el mismo procedimiento a las 6 horas. Se pauta dieta blanda sin lácteos y se indica el tratamiento con antibióticos (unicilina) dada la positividad del exudado vagino-rectal para estreptococo del grupo B.

La inducción comienza a las 15 horas, con un índice de Bishop de 3, bajo control fetal continuo mediante RCTG externo. Este muestra un patrón reactivo, con tramos amplios de ondulatoria normal, otros de ondulatoria baja, frecuencia cardiaca basal normal, aceleraciones combinadas y alguna deceleración de escasa amplitud, de la que el feto se recupera con prontitud. El tono basal uterino es normal y hay 3-4 contracciones uterinas cada 10 minutos (normal).

A las 15:45 horas se produce la rotura espontánea de las membranas amnióticas (amniorrexia), saliendo líquido amniótico intensamente teñido de meconio. Se realiza un nuevo tacto vaginal que muestra cuello uterino permeable a punta de dedo, de consistencia firme y localización posterior, por lo que no es técnicamente posible realizar una microtoma de sangre en el cuero cabelludo del feto. Se

indica estimulación con oxitocina. Tras la amniorrexis el RCTG muestra características similares, aunque los tramos de ondulatoria baja son más prolongados.

A las 17:00 horas, el feto tiene una bradicardia atribuible quizá a una incoordinación de la actividad contráctil uterina, por lo que se administra tocolisis intravenosa (ritodrine), se retira la infusión de oxitocina (que es reiniciada a las 18:25 horas) y se hace un nuevo tacto vaginal, que muestra que el cuello uterino está borrado en un 50 % y es permeable a un dedo. Tras este episodio el feto mantiene una gráfica con una ondulatoria normal-baja, frecuencia basal normal, sin aceleraciones ni deceleraciones.

A las 18:10 horas y coincidiendo con que la paciente está en decúbito supino, el feto hace una bradicardia de la que se recupera rápidamente al colocarse la gestante en decúbito lateral izquierdo. A continuación, las características del RCTG son semejantes, existiendo dos deceleraciones de muy breve duración de las que el feto se recupera rápidamente.

A las 19:00 horas se indica una microtoma del cuero cabelludo fetal, con un resultado de pH de 7,08 por lo que se indica con urgencia la realización de una cesárea por sospecha de pérdida del bienestar fetal.

La gestante entra en el bloque quirúrgico a las 19:05 horas y el recién nacido nace a las 19:10 horas, mostrando signos de vitalidad en el campo quirúrgico. Se objetiva tendencia a atonía uterina que se resuelve con administración de útero-tónicos.

Es un recién nacido varón de 3.400 gramos que recibe por parte del Servicio de Neonatología una puntuación del test de Apgar al primer, quinto y décimo minuto de vida de 2, 4 y 7, respectivamente,

con una reanimación tipo IV y un pH en vena umbilical de 7.08. El niño ingresa en el Servicio de Neonatología.

El puerperio de la paciente transcurrió dentro de la normalidad, siendo dada de alta con buen estado general el día 23 de septiembre de 2018.

Se trata de un recién nacido que precisó reanimación profunda en paritorio, con intubación tras dos minutos de ventilación con mascarilla, que ingresó en cuidados intensivos con una situación de insuficiencia respiratoria en relación con síndrome de aspiración meconial e hipertensión pulmonar grave, shock refractario por acidosis metabólica grave (pH de 6,87 con importante acidosis metabólica y lactato muy elevado en la primera gasometría tras el ingreso en cuidados intensivos), que requirió un soporte de cuidado intensivo con ventilación de alta frecuencia, administración de surfactante y óxido nítrico inhalado, drogas vasoactivas (dopamina, dobutamina y noradrenalina), corticoides intravenosos (hidrocortisona) en dosis de shock, expansores de volumen y bicarbonato.

A las 11 h de vida presentó una parada cardiorrespiratoria de la que fue reanimado, precisando masaje cardíaco durante 1 minuto y administración de adrenalina intravenosa. La situación de gravedad fue tal que se llegó a contactar con el equipo de cirugía cardíaca por la posibilidad de tener que recurrir a la ECMO (oxigenación extracorpórea), que finalmente no se necesitó.

Aunque el hemocultivo fue estéril, la reclamante era portadora del *Estreptococo agalactiae*, por lo que se inició tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina. La elevación de marcadores de inflamación (PCR) puede estar relacionada con sepsis o con el proceso inflamatorio propio de la aspiración de meconio. Dada la gravedad del paciente en situación de shock refractario y el antecedente de tratamiento

antibiótico a la madre no es posible descartar completamente la infección por este germen.

Finalmente se incluyó el diagnóstico de probable sepsis clínica precoz por la situación muy mantenida de shock. Por un repunte en los niveles de un marcador inflamatorio se escaló el tratamiento antibiótico, pero no se confirmó germen alguno en los cultivos. En el informe de alta se diagnosticó una posible sepsis clínica tardía, aunque este repunte de los marcadores inflamatorios pudo estar en relación con el proceso inflamatorio pulmonar y sistémico y no necesariamente en relación con una infección.

Neurológicamente el paciente era de difícil valoración al ingreso por su estado de insuficiencia respiratoria y shock. Presentó decaimiento e hipotonía que mejoraron tras la primera hora de ingreso no cumpliendo criterios de encefalopatía moderada-grave.

Se mantuvo inicialmente en hipotermia pasiva suave por neuroprotección, pero por la valoración neurológica de las escalas de encefalopatía y por la situación de shock refractario no se planteó la hipotermia activa. Se monitorizó inicialmente el electroencefalograma y la saturación cerebral de oxígeno, esta última mientras se mantuvo la situación de shock. No presentó en las primeras 72 h crisis convulsivas. En esas primeras 72 h se descartó la existencia de una encefalopatía moderada o grave.

Se realizó la primera ecografía cerebral el día 21 de septiembre, a las 67 h de vida. En esta ecografía se encontró una imagen de infarto focal en la cabeza del núcleo caudado derecho y otros hallazgos compatibles con la situación clínica del paciente (alteración de los índices de resistencia y edema cerebral grave). Estas imágenes se mantienen en la ecografía del día 26. A los 6 días de vida, presentó una crisis focal de pie izquierdo, sin alteración en el registro de EEG ampliado. A los 9 días presentó crisis clónicas con correlato eléctrico,

con chupeteo y movimientos tónico-clónicos del miembro superior derecho. Se inició tratamiento anticomitial en ese momento con buen control clínico de las crisis. En los electroencefalogramas realizados por la unidad de Neurología los días 28 de septiembre y 31 de octubre no se encontró actividad epiléptica ni otros hallazgos aparte de los efectos habituales de la medicación que tomaba.

Se realizó una resonancia magnética craneal el 19 de octubre sin sedación, en la que se confirmó el diagnóstico de infarto lacunar residual en la cabeza del núcleo caudado derecho sin otros hallazgos significativos

En ninguna de las pruebas de imagen se encontraron hallazgos bilaterales característicos de la encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal (no aparece afectación de núcleos de la base ni cortical difusa, solo un infarto focal unilateral). Esta lesión se atribuye a su situación clínica neonatal en relación con el shock refractario, parada cardiorrespiratoria, hipertensión pulmonar grave e insuficiencia respiratoria.

Al alta el 6 de noviembre de 2018 la exploración neurológica fue normal salvo una leve hipotonía y no se habían repetido las crisis tras la retirada del tratamiento anticomitial el 24 de octubre.

En seguimiento por los servicios de Neurología Infantil y Rehabilitación y se informó de riesgo en el neurodesarrollo, con posible afectación unilateral como consecuencia más probable.

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

El 6 de agosto de 2019 la jefa de servicio de Responsabilidad Patrimonial comunica a la reclamante el inicio del procedimiento, el plazo máximo de resolución y el sentido del silencio.

El 28 de octubre de 2019 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la notificación de la reclamación.

El 9 de septiembre de 2019 emite informe el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUDO en el que expone que la reclamante ingresó el 22 de enero de 2018 (semana 4+6) para valorar viabilidad gestacional tras fecundación in vitro. Tras varias ecografías, el 22 de enero (sic) en la semana 6-6 se consigue apreciar un polo embrionario de 9.5 mm con movimiento cardíaco positivo y se establece el diagnóstico de gestación intrauterina que corresponde con amenorrea.

El 27 de febrero se realiza la ecografía de cribado del primer trimestre que es informada como normal. Por ello no se recomienda estudio citogenético y el riesgo de preeclampsia es bajo. El 22 de marzo acude por un episodio de migraña.

El 20 de abril y el 30 de julio se realizan ecografía que se informan como normales.

El 14 de agosto acude por prurito en palmas de manos y plantas de pies. Tras analítica se descarta colestasis intrahepática.

El día 6 de septiembre, en la semana 39 + 1, se realiza el primer RCTG, que muestra un patrón fetal reactivo, de características normales, con algunas contracciones uterinas. El día 11 de septiembre se realiza otro, de características muy similares. El 13 de septiembre, en la semana 40 + 1, es atendida de nuevo, tiene buen estado general, está asintomática, percibe movimientos fetales, ya no tiene clínica de prurito. El exudado vagino-rectal es positivo para Streptococcus agalactiae (grupo B), y en la exploración se observa que el cuello

uterino está blando, posterior, cerrado, y borrado en un 40%. Se solicita un nuevo RCTG para el día 18 de septiembre.

El 18 de septiembre, en la semana 40 + 6, se realiza RCTG, entre las 11:40 horas y las 12:50 horas, que muestra la existencia de contracciones uterinas regulares, así como un patrón fetal no tranquilizador al combinarse por una parte una variabilidad escasa, que mejora algo a lo largo de los 70 minutos que dura el registro, y algunas deceleraciones de escasa profundidad y duración, de las cuales el feto se recupera bien. La frecuencia cardíaca basal del feto es normal (aproximadamente 160 l/m). Dadas las características de este RCTG se decide finalizar el embarazo mediante la inducción del parto, por lo que se envía a la reclamante a Urgencias.

El informe puntualiza a este respecto que a la vista del RCTG, la edad gestacional y la estática fetal (presentación cefálica) la actitud obstétrica fue la correcta, no estando justificado ni una cesárea en ese momento ni tampoco mantener una actitud expectante.

En Urgencias se realiza un nuevo RCTG con resultados similares que avala la decisión adoptada.

Tras su ingreso a las 14:25 horas y previa firma del consentimiento informado se inicia maduración cervical con Propess tras 30 minutos de registro cardiotocográfico reactivo, y tras colocar aquel, se indica mantener dicho registro durante una hora. Si no existe dinámica, retirar y volver a realizar el mismo procedimiento a las 6 horas. Se pauta dieta blanda sin lácteos y se inicia el tratamiento con antibióticos (unicilina) dada la positividad del exudado vagino-rectal para estreptococo del grupo B.

La inducción comienza a las 15 horas, con un índice de Bishop de 3, bajo control fetal continuo mediante registro cardiotocográfico

externo que muestra un patrón reactivo, con tramos amplios de ondulatoria normal, otros de ondulatoria baja, frecuencia cardíaca basal normal, aceleraciones combinadas y alguna deceleración de escasa amplitud, de la que el feto se recupera con prontitud. El tono basal uterino es normal y hay 3-4 contracciones uterinas cada 10 minutos, es decir, normal.

Según el informe, el RCTG confirma que procedía mantener la inducción ya que no había suficientes indicadores claros para realizar una cesárea.

A las 15:45 horas se produce la rotura espontánea de las membranas amnióticas (amniorrexis), saliendo líquido amniótico intensamente teñido de meconio. Un nuevo tacto vaginal en este momento muestra un cuello uterino permeable a punta de dedo, de consistencia firme y localización posterior, no siendo técnicamente posible realizar una microtoma de sangre en el cuero cabelludo del feto. Se indica estimulación con oxitocina. Posteriormente a la amniorrexis, el RCTG muestra unas características similares, aunque los tramos de ondulatoria baja son más prolongados.

Considera el informante que la relación entre la eliminación de meconio por parte del feto y el deterioro de su bienestar es incierta. La decisión de hacer pruebas adicionales al feto (microtoma en cuero cabelludo para estudio gasométrico) se basa por una parte en su posibilidad técnica (que en este caso no lo era) y en las características del RCRG. Si este no es suficientemente indicativo de compromiso del bienestar fetal la actitud adecuada, tal y como se hizo, es mantener una vigilancia estrecha y continuar la inducción.

A las 17:00 horas, el feto tiene una bradicardia atribuible quizá a una incoordinación de la actividad contráctil uterina, por lo que se administra tocolisis intravenosa (ritodrine), se retira la infusión de oxitocina, que es reiniciada a las 18:25 horas, y se hace un nuevo tacto

vaginal, que muestra que el cuello uterino está borrado en un 50% y permeable a un dedo. Tras este episodio, el feto mantiene una gráfica con una ondulatoria normal-baja, frecuencia basal normal, sin aceleraciones pero tampoco deceleraciones. A las 18:10 horas y coincidiendo con que la paciente está en decúbito supino, el feto hace una bradicardia, de la que se recupera rápidamente al colocarse la gestante en decúbito lateral izquierdo. Posteriormente a esto, las características del RCTG son semejantes, aunque hay dos deceleraciones de muy breve duración, de las que el feto se recupera rápidamente.

Entiende el informe que estos episodios de bradicardia se enmarcan en una gráfica cardiotocográfica que en conjunto no muestra inequívocamente un deterioro grave del bienestar fetal y por ello seguía sin haber motivos suficientes para la finalización inmediata del parto. En este momento, al haberse modificado las características del cuello uterino, se propuso la realización al feto de una prueba adicional (microtoma en cuero cabelludo) para comprobar su grado de bienestar.

Esta microtoma se indica a las 19:00 horas con un resultado de pH de 7,08 lo que motiva una cesárea de urgencia por posible pérdida de bienestar fetal.

Ingresa en bloque quirúrgico a las 19:05 horas y el nacimiento se produce a las 19:10 horas mostrando signos de vitalidad en el campo quirúrgico. Se objetiva tendencia la atonía uterina que se resuelve con administración de útero-tónicos.

El recién nacido es un varón de 3.400 gramos que recibe por parte del Servicio de Neonatología una puntuación del test de Apgar al primer, quinto y décimo minuto de vida de 2, 4 y 7, respectivamente, con una reanimación tipo IV y un pH en vena umbilical de 7,08. El niño ingresa en el Servicio de Neonatología.

El puerperio de la paciente transcurrió dentro de la normalidad, siendo dada de alta con buen estado general el día 23 de septiembre de 2018.

Concluye el informe entendiendo "*firmemente*" que la actuación obstétrica fue la correcta ya que hasta que no se dispuso de la gasometría intrauterina no había criterios sólidos para una cesárea ya que ni los resultados del RCTG ni la existencia de meconio en el líquido amniótico eran signos inequívocos de deterioro grave del bienestar fetal.

El 10 de septiembre emite informe el jefe de sección de Neonatología del HUDO.

Comienza el informe destacando que en el informe de alta que se entregó a la reclamante hubo un error de transcripción al indicar que el pH era de 6,9 cuando, tal y como se ha comprobado en los registros de laboratorio, tanto el pH prenatal como el del cordón eran de 7,08.

A continuación, expone la atención prestada al recién nacido que era de extrema gravedad con insuficiencia respiratoria por aspiración de meconio, hipertensión pulmonar grave, shock refractario con acidosis metabólica grave (pH 6,87).

Precisó cuidado intensivo con ventilación de alta frecuencia, administración de surfactante y óxido nítrico inhalado, drogas vasoactivas, corticoides intravenosos, expansores de volumen y bicarbonato.

A las 11:00 horas presento una parada cardiorrespiratoria que preciso 1 minuto de masaje cardíaco y adrenalina intravenosa. Se llegó a contactar con Cirugía Cardíaca para una posible oxigenación extracorpórea que no resultó necesaria.

El hemocultivo era estéril pero se inició antibioterapia al ser la madre positiva para *Estreptococo agalactiae*. La elevación de los marcadores de inflamación (PCR) puede estar en relación con sepsis o con el meconio, pero dada la gravedad no es posible descartar la infección pese a los resultados negativos. En el informe de alta se diagnosticó posible sepsis tardía, aunque el repunte de marcadores inflamatorios pudo estar en relación con el proceso pulmonar inflamatorio y sistémico y no con una infección.

Neurológicamente era de difícil valoración. No cumplía criterios de encefalopatía moderada-grave. Se mantuvo en hipotermia pasiva suave por razones de neuroprotección. No presentó crisis convulsivas.

Se realizó ecografía cerebral el 21 de septiembre a las 67 horas de vida que mostró infarto focal en la cabeza del núcleo caudado derecho y otros hallazgos compatibles con la clínica del paciente. A los seis días presentó crisis focal del pie izquierdo y a los 9 días aparecieron crisis clónicas que precisaron tratamiento anticomicial con buen resultado. En los electroencefalogramas no se halló actividad epiléptica.

Se realizó una RM el 19 de octubre que confirmó el infarto lacunar residual en la cabeza del núcleo caudado derecho.

En ninguna de las pruebas se encontraron hallazgos bilaterales característicos de la encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal. Esta lesión se atribuye a su situación crítica neonatal en relación con el shock refractario, parada cardiorrespiratoria, hipertensión pulmonar grave e insuficiencia respiratoria.

Al alta la exploración neurológica fue normal con una leve hipotonía y no se habían repetido las crisis comiciales.

En seguimiento por Neurología infantil y Rehabilitación se informó de riesgo en el neurodesarrollo con posible afectación unilateral como consecuencia más probable.

El síndrome de abstinencia recogido en el alta fue consecuencia de la necesaria medicación analgésica y sedante que hubo que administrarle. La trombopenia y la anemia fueron debidas a su situación clínica global y precisaron transfusiones de las que sus padres fueron informados.

El 25 de febrero de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria en el que destaca que el test de Bishop sirve para predecir el éxito de la inducción del parto que, según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), se sitúa en:

- Bishop >7, éxito del 95%.
- Bishop 4-6, éxito del 80-85%.
- Bishop <3, éxito del 50%.

En este caso, ante un Bishop de 3 procedía la realización de maduración cervical previa a la inducción para lo que se pauta Propess (prostaglandina).

Expone los criterios de interpretación de los RCTG y considera que el RCTG de la reclamante era normal por lo que teniendo en cuenta su edad y la presentación cefálica fetal no era necesaria la realización de cesárea.

En los casos de RCTG sospechoso o no tranquilizador, se realizarán medidas generales tales como decúbito lateral, hidratación, control de constantes maternas, retirar/reducir perfusión de oxitocina, exploración vaginal y si persiste un RCGT atípico se debe proceder a realizar un pH de calota fetal.

En este caso se realizaron todos los procedimientos indicados, pero al aparecer dos deceleraciones de muy breve duración sin aceleraciones, se procedió a la realización de microtoma del cuero cabelludo fetal, con un resultado de pH de 7,08 indicando en ese momento la realización de una cesárea urgente.

Destaca que es motivo de discusión científica la relación entre distrés fetal agudo, asfixia perinatal y LAM líquido amniótico meconial y también resulta polémica la posibilidad de que la presencia de meconio en el líquido amniótico constituya un factor de riesgo de secuelas neurológicas.

Concluye el informe indicando que: *“A la vista de todo lo actuado anteriormente, se concluye que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la “lex artis”, pues se han estado haciendo todos los pasos que se recomiendan en las distintas guías consultadas antes de finalmente recurrir a realizar la cesárea”*.

El 16 de junio de 2020 se concede trámite de audiencia a la reclamante que fue notificado el 7 de julio (folio 350) si bien no consta la presentación de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 22 de octubre de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis* citando a tal efecto lo recogido en el informe de la Inspección.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 20 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de

dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 29 de diciembre de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Del texto de la reclamación cabe inferir que actúa también reclamando los daños padecidos por su hijo al amparo de la representación legal que le confiere el artículo 162 del Código Civil. Por ello la instructora del procedimiento debería haberle reclamado que acreditase la filiación con la aportación del Libro de Familia si bien

cabe entender que, habida cuenta que la documentación médica obrante en el expediente permite establecer la relación materno-filial, esta Comisión puede entrar a analizar el fondo de la reclamación.

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

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, un plazo de prescripción de un año desde que se produzca el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas

En este caso, el *dies a quo* viene determinado por la fecha del alta hospitalaria del hijo de la reclamante el 6 de noviembre de 2018. Por ello, la reclamación presentada el 1 de agosto de 2019 está formulada en plazo.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, se admitió la prueba documental aportada por la reclamante y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC.

Igualmente se recabó el informe de la Inspección Sanitaria.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la

LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- La reclamación se basa en una supuesta mala actuación del Servicio de Ginecología del HUDO que habría incurrido en un retraso de tratamiento al realizar una cesárea urgente de manera tardía cuando ya había signos de sufrimiento fetal claro lo que motivo que el niño padeciese daños neurológicos.

Han de examinarse esos reproches sobre la base del material probatorio contenido en el expediente administrativo.

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

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

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

partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

La reclamante no aporta prueba alguna más allá de cierta documentación médica. Efectúa un relato de los hechos del que puede extraerse que entiende que debía haberse procedido a realizar la cesárea al menos desde que se produjo la rotura de membranas.

Por el contrario, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUDO efectúa una valoración de su conducta partiendo de los datos clínicos del parto, especialmente del RCTG. Considera que de este no se podían extraer datos de sufrimiento fetal y cuando se produjo la amniorrexis con presencia de meconio no era técnicamente posible la realización de una microtoma que hubiera podido determinar el pH y la posible existencia de sufrimiento.

Según el informe del servicio la reclamante padeció dos episodios bradicardias a las 17:00 y 18:10 horas de los que se recuperó así como una deceleración de breve duración en el RCTG de la que también se recuperó por lo que no existían signos claros de deterioro grave del bienestar fetal.

Cuando se modificaron las características del cuello uterino fue posible la realización de una microtoma a las 19:00 horas que permitió determinar la existencia de sufrimiento y la necesidad de una cesárea urgente.

Consideran tanto el servicio como la Inspección Sanitaria que esa actuación fue correcta aun reconociendo que existen dudas en la literatura médica sobre el valor que ha de atribuirse a la presencia de meconio.

Esta Comisión viene recordando que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

No está de más recordar que la medicina no es una ciencia exacta y que el artículo 24.1 de la LRJSP establece que no son indemnizables los daños que no se hubieran podido prever según el estado de los conocimientos de la ciencia. A día de hoy no hay consenso científico sobre cómo actuar en los casos de presencia de meconio por lo que la actuación de los facultativos del HUDO ha de considerarse que se ajustó a la *lex artis*. Como indicamos en nuestro Dictamen 487/20, de 27 de octubre: *“El incumplimiento de la lex artis exige que se trate de un “error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas” - Sentencia del Tribunal Supremo (Civil) de 29 de enero de 2010 (rec. 2318/2005) y no de diferentes criterios de actuación de los sanitarios antes situaciones límite”*.

Evidentemente, sabiendo que a las 19:00 horas el pH fue anormal, hubiera sido preferible haber realizado con anterioridad la cesárea, pero ello nos sitúa en un supuesto de aplicación de la prohibición de regreso juzgando la actuación sanitaria partiendo del resultado, así la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 14 de mayo de 2014 (recurso 1236/2011).

Por todo ello ha de entenderse que no hubo vulneración de la *lex artis* y que por tanto no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado que la asistencia sanitaria incurriese en infracción de 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 29 de diciembre de 2020

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 587/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid