

Dictamen nº: **96/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.02.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de febrero de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios causados a su hija durante el parto y que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Clínico Universitario San Carlos (HCSC)

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó, el 27 de septiembre de 2019 en un registro del Ayuntamiento de Madrid, un escrito en el que formulan una reclamación por la atención sanitaria prestada en el HCSC.

En el citado escrito expone que la noche del 27 de septiembre de 2018 (semana 39+5 de embarazo) acudió a Urgencias del HCSC por contracciones y le indicaron que regresase a su domicilio al ser contracciones muy espaciadas. Dos horas más tarde, en la

madrugada del 28 de septiembre, tuvo que regresar al presentar contracciones seguidas.

Pasó a un box para dilatación donde estuvo varias horas solicitando que se le administrase anestesia epidural sin contestación.

Tras varias horas quejándose de los dolores se le administró esa anestesia y tras un lapso de tiempo su pareja le indicó que presentaba excesivo sangrado vaginal que no consideraba normal. Posteriormente una mujer del personal le dijo que la hemorragia era normal y se fue sin prestar atención. Cuando volvió se fijó en el monitor y vio que ya no se escuchaba la frecuencia cardiaca del bebe. La mujer le dijo que los monitores solían fallar y que no se preocupase e intentó ubicar el foco fetal durante un periodo largo de tiempo. Al no lograrlo llamó a otra compañera que no era ginecóloga y que tampoco obtuvo el foco. Por ello procedieron a implantar un captor interno que tampoco permitió obtener el foco. La reclamante recalca que al tratar de realizar este procedimiento, tenía la bolsa íntegra y procedió a realizar amniorrexis artificial.

Tras implantar otro captor interno sin éxito la angustia de la reclamante y la tensión de las dos mujeres se incrementaron y llamaron a la ginecóloga responsable del parto.

A los pocos minutos llegó la ginecóloga y pregunto a las dos mujeres si habían realizado una ecografía indicando estas que no. Se procedió a realizar una ecografía en la que se apreció que el bebé presentaba bradicardia fetal por lo que la ginecóloga decidió la cesárea inmediata.

La niña nació hipotónica sin esfuerzo respiratorio y sin latido que recuperó a los 12 minutos del inicio de la reanimación. Se

traslada a UCI para tratamiento con hipotermia corporal total. El Ph del cordón era de 6.8 y el Apgar 0/0.

La niña fue diagnosticada de encefalopatía hipóxico-isquémica grave y disfagia. Presentaba “*actitudes*” de riesgo neurológico y paresia de miembros superiores e inferiores.

Recibió tratamiento de fisioterapia, logopedia, estimulación.

Considera que procede la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración y solicita una indemnización de 150.000 euros

Acompaña diversa documentación médica y solicita prueba pericial, testifical, de reconocimiento y “*otros medios de prueba*”.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado la historia clínica del HCSC ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, de 31 años de edad y dos embarazos previos, tenía como antecedentes obstétricos un aborto y un parto normal previo en el año 2010. Operada de hernia umbilical. Fumadora.

La gestación con fecha de última regla del 23 de diciembre de 2017 y fecha probable de parto el 29 de septiembre de 2018 había sido controlada por su tocólogo de zona, cursando con hipotiroidismo gestacional en tratamiento con Eutirox 50 mg y anemia gestacional en tratamiento con Ferplex. Las ecografías habían resultado normales y las serologías negativas.

El 28 de septiembre del 2018 a las 00:18 horas había acudido a Urgencias del HCSC por dinámica uterina. Se le realizó toma de

constantes maternas, exploración obstétrica; el cérvix estaba posterior, consistencia media, borrado un 60% y permeable a dos dedos, y monitorización fetal con dinámica uterina irregular, de escasa intensidad. La paciente fue dada de alta con diagnóstico de pródromos de parto.

El 28 de septiembre del 2018 a las 04:25 horas, acudió de nuevo a Urgencias. En la exploración obstétrica el parto ya estaba establecido con 3-4 cm de dilatación. No se describe metrorragia ni otro hallazgo. Se tomaron constantes maternas y se realizó nuevo registro fetal con diagnóstico de feto reactivo y dinámica uterina regular. La reclamante ingresa y pasa a la sala de dilatación/paritorio.

El partograma se inicia a las 04:30 horas (hora de ingreso en dilatación). El test de BISHOP al ingreso en paritorio era de 5. Es controlada de forma periódica y con monitorización cardiotocográfica, para valorar el estado fetal y la dinámica uterina.

A las 7:00 horas se registra la administración de un suero glucosado al 5%. Exploración obstétrica 4 cm. Cérvix posterior con consistencia blanda, borrado un 80%. SES (Sobre Estrecho Superior). Constantes maternas: tensión Arterial 131/66, frecuencia cardíaca 72, T^a 36,7°C.

A las 7:45 horas: se instaura analgesia epidural.

A las 08:20 horas se realiza nueva exploración obstétrica presentando 4 cm. Cérvix centrado, consistencia blanda, borrado. SES (Sobre Estrecho Superior). Se administra infusión de oxitocina según protocolo a razón de 6 ml/hora. Constantes maternas: Tensión Arterial 87/50, frecuencia cardíaca 98, T^a 36,8°C.

La monitorización fetal muestra un registro reactivo con frecuencia cardíaca fetal a 140 lpm.

A las 9:22 horas se registra un cambio de la frecuencia cardíaca con bajada a 100 lpm. A las 9:25 se pierde el foco fetal de monitorización externa, la matrona intenta captarlo y realiza una nueva exploración obstétrica, con exploración de 8 cm de dilatación. Se realiza la rotura de la bolsa, con salida de líquido amniótico claro. Se intenta la monitorización interna (registrado SCALP).

A las 09:34 horas se avisa al ginecólogo de guardia. Se coloca captor interno, que da interferencias en la reproducción de la frecuencia cardíaca fetal. Por lo que se realiza ecografía, objetivándose bradicardia fetal. La ginecóloga de guardia indica pasar a la paciente a quirófano para la realización de una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Durante la cesárea se objetiva un desprendimiento de placenta de aproximadamente el 40 % y se completa el alumbramiento manual de placenta y membranas íntegras. Revisión de cavidad y anejos normales.

Se realiza test de Kleiner-Betke con resultado positivo.

A las 09:49 se produce el nacimiento de una niña que pasa a valoración neonatal. El Apgar es de 0/0/0 y pH arterial de 6,80. La recién nacida nace hipotónica, sin esfuerzo respiratorio y sin latido cardíaco. Se inicia ventilación que no es eficaz por lo que se intuba. Se canaliza vena umbilical en paritorio. Se administran tres dosis de adrenalina, expansión con suero salino fisiológico (60 ml) y con sangre O negativa (70 ml). Se apaga la cuna térmica durante la reanimación. Recupera latido a los 12 minutos del inicio de la

reanimación. Se traslada a UCI de Neonatología para tratamiento con hipotermia corporal total.

Como consecuencia del desprendimiento de placenta, la niña sufre una encefalopatía hipóxico-isquémica grave. Presenta, además, tono muscular aumentado y reflejos exaltados, que progresan adecuadamente al alta, que solo se aprecian en miembros inferiores. Tiene problemas de alimentación, con succión aceptable, pero con problemas para deglutir, con regurgitaciones frecuentes. Necesita sonda nasogástrica hasta la sexta semana de vida. La niña continúa con revisiones pautadas por pediatría, digestivo, rehabilitación, con varios ingresos por patología respiratoria.

Al alta recibe como diagnósticos:

-Ginecología:

- * Cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal.
 - * Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
 - * Síndrome de transfusión fetomaterna.
- Neonatología (UCI)
- * Encefalopatía hipóxico-isquémica grave.
 - * Bajo gasto cardiaco.
 - * Hipoglucemia asintomática.

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 13 de diciembre de 2019 el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCSC emite informe en el que expone la asistencia prestada y respecto a la asistencia prestada el 27 de septiembre de 2018 a las 23:07 horas indica que la paciente fue dada de alta a las 00:18 horas del día 28 ya que se cumplían los requisitos ingreso para el parto establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en concreto, dinámica uterina regular, borramiento cervical mayor del 50% y dilatación de 3-4 cm.

Cuando acude a las 03:42 horas sí cumple esos parámetros y se procede a su ingreso en sala de parto a las 04:25 horas.

La anestesia epidural se administró en torno a las 07:20 y 07:45 horas con 4 cm de dilatación, es decir a las 3 horas que es el momento adecuado y no 6 horas después como dice la reclamante.

El registro cardiotocográfico (RCTG) es adecuado hasta las 09:25 horas, 130 lpm con ascensos transitorios leves y dinámica uterina adecuada.

El partograma y el RCTG muestran que a las 09:25 horas hay una pérdida de foco de la frecuencia cardiaca fetal (frecuente cuando se utiliza captor externo). Por ello la matrona intenta colocarlo de nuevo sin conseguirlo por lo que procede a una exploración vaginal (dilatación de 8 cm) y procede a la amniorrexis artificial para colocar un captor interno objetivando líquido amniótico claro. Tras colocar ese captor aparece un RCTG errático con interferencias que no permiten obtener la frecuencia cardiaca fetal real. Se avisa a la ginecóloga de guardia que realiza una ecografía intraparto en la que se aprecia una bradicardia fetal mantenida que indica la necesidad de extracción fetal urgente mediante cesárea ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Pasa a quirófano para cesárea urgente naciendo una niña viva a las 09:49 horas que pasa a valoración neonatal (pH 6,8). En la cesárea se aprecia una salida de coágulos y líquido amniótico sanguinolento y un desprendimiento de placenta de aproximadamente un 40%.

Según el informe en ningún momento está registrado en el partograma el sangrado al que se refiere la reclamante y al realizar la amniorrexis el líquido amniótico es claro.

En el puerperio y ante la afectación neonatal se realiza un test de Kleihauer-Betke que al resultar positivo permite diagnosticar transfusión feto-materna.

Considera que los diagnósticos obstétricos finales y probables causas de la afectación neonatal son el desprendimiento prematuro de placenta y un síndrome de transfusión feto-materna.

En cuanto al primero destaca su incidencia en torno al 0,4-1% de todos los partos siendo una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En los países desarrollados supone el 10% de todos los nacimientos pretérmino y en torno al 10-20% de las muertes perinatales son causadas por el desprendimiento de placenta.

Expone en que consiste este desprendimiento e indica que la hemorragia vaginal es el signo más frecuente siendo la cantidad de sangrado muy variable. En función del grado de desprendimiento pueden asociarse signos agudos de pérdida de bienestar fetal en el RCTG y los desprendimientos superiores al 50% se asocian generalmente a muerte fetal.

En cuanto a la transfusión feto-materna es una entidad cuya frecuencia exacta se desconoce siendo el diagnóstico muy difícil.

Entiende que ambas patologías son complicaciones graves, difícilmente previsibles en gestaciones de bajo riesgo y que ocasionan severa morbilidad materna y fetal. Por ello considera que la actuación de matronas y ginecólogos fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

Adjunta parte de la “*Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*” del Ministerio de Sanidad y Política Social y un documento elaborado por la SEGO sobre el desprendimiento prematuro.

El 27 de diciembre de 2019 emite informe el jefe de sección de Neonatología del HCSC en el que expone la asistencia prestada a la niña tras el parto.

El 20 de febrero de 2020 la aseguradora de la Administración acusa recibo de la reclamación.

Por escrito sin fecha la Inspección Sanitaria solicita el RCTG y copia de la hoja de circulante de la cesárea.

El 15 de junio de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria en el que expone la asistencia prestada en el parto.

Considera que a las 08:20 horas la tensión de la reclamante era de 87/50 y la frecuencia cardíaca 98 lpm lo cual suponía un signo de alarma sobre el que no hay ningún comentario en la historia clínica.

A las 09:22 horas hay una pérdida de latido fetal que no se recupera y se avisa a la ginecóloga a las 9:34 horas, por tanto 12 minutos sin registro de latido.

Indica que en el partograma figura como hora de la amniorrhexis las 09: 25 horas, anotación que parece corregida como también la hora de pérdida de registro de foco y de aviso a la ginecóloga.

De esta forma cuando la ginecóloga realiza una ecografía confirmando que no es una pérdida de foco sino una bradicardia procediendo a una cesárea inmediata (09:49 horas) habían transcurrido 27 minutos.

Considera que había signos de alarma evidentes que justifican el aviso al ginecólogo independientemente de la causa.

En la cesárea se descubre el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que seguramente es la causa de lo ocurrido. Estos desprendimientos suelen cursar con sangrado vaginal al cual hace referencia la reclamación aunque no conste en la historia.

Nace una niña viva que necesita reanimación profunda, con intubación, masaje cardiaco, administración de fármacos vasoactivos y expansión con suero salino y sangre, consiguiéndose latido a los 12 minutos del nacimiento.

Sufre encefalopatía hipóxico-isquémica grave que determina su ingreso en UCI neonatal presentando tono muscular aumentado y reflejos exaltados, que progresan adecuadamente al alta, que solo se aprecian en miembros inferiores así como problemas de alimentación, con succión aceptable, pero con problemas para deglutir, con regurgitaciones frecuentes.

Concluye entendiendo que la asistencia no se ajustó a la *lex artis*.

Consta en el expediente un informe pericial evacuado el 26 de septiembre de 2020 por dos especialistas en Ginecología y Obstetricia.

En el mismo se expone la asistencia prestada a la reclamante y se efectúan una serie de consideraciones médicas sobre los eventos hipóxicos centinelas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (abruptio) y el síndrome de transfusión feto-materna.

Respecto a la valoración médica de la asistencia prestada a la reclamante consideran que la valoración en Urgencias del HCSC las dos veces que acudió la reclamante fue correcta ya que no existían datos que permitiesen entender que podía padecer un desprendimiento prematuro de placenta.

Durante el trabajo de parto la reclamante no presentó signos de desprendimiento tales como hemorragia vaginal (no consta en la historia y cuando se rompe la bolsa el líquido amniótico es claro), dolor abdominal a la palpación uterina, hipertoniá, estado general materno alterado (entienden que la hipotensión leve y taquicardia se debieron a la anestesia epidural) o pérdida del bienestar fetal (que apareció de forma súbita a las 09:25 horas).

La actuación de las matronas fue correcta y es a las 09:22 horas cuando hay un cambio de frecuencia basal fetal y a las 09:25 horas una pérdida de foco, lo cual es habitual pues la captación externa de la frecuencia depende de movimientos fetales o maternos. Se intentó captar de nuevo y al no lograrlo se procede a la valoración obstétrica para valorar dilatación y proceder a romper la bolsa y poner un captor interno mediante un electrodo en el cuero cabelludo fetal. Al no obtener el latido por interferencias se avisa a la ginecóloga de guardia a las 09:34 horas (9 minutos desde la pérdida de foco). Esta

intenta colocar el captor interno que da interferencias en la frecuencia fetal por lo que se realiza una ecografía que muestra una bradicardia fetal por lo que decide una cesárea urgente.

Consideran los peritos que esos nueve minutos no permiten apreciar retraso en la llamada a la ginecóloga ni hubo retraso en las decisiones adoptadas por esta.

Destacan que la realización de la cesárea en 15 minutos desde que se decidió se ajusta a los protocolos de la SEGO (máximo 30 minutos).

Entiende que el desplazamiento placentario y la transfusión feto-materna ocurrieron de forma aguda a las 09:25 horas pero previamente no había signos de alarma y el parto transcurría sin incidencias.

Concluyen entendiendo que la asistencia se ajustó a la *lex artis*.

El 12 de noviembre de 2020 se concede trámite de audiencia a la reclamante (notificado el 30 de noviembre) que presenta escrito de alegaciones el 23 de diciembre de ese año.

En las mismas se ratifica en su escrito inicial y cita expresamente las conclusiones de la Inspección Sanitaria.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 13 de enero de 2021, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse ajustado la actuación sanitaria a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 22 de enero de 2021, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez

Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 23 de febrero de 2021.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

El presente dictamen se emite en plazo.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la 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 actúa como representante legal de su hija menor de edad que sufrió unos daños neurológicos en el parto que atribuye a la asistencia sanitaria durante el mismo.

Acredita su condición de representante legal conforme el artículo 162 del Código Civil mediante la aportación de fotocopias del Libro de Familia y de un certificado del Registro Civil de Madrid.

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

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

En este caso, el día inicial del plazo viene determinado por el alta hospitalaria (Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de abril de 2013 (rec. 3087/2012), de la hija de la reclamante el 19 de noviembre de 2018 por lo que la reclamación presentada el 27 de septiembre de 2019 está formulada en el plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe del servicio al que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC. Se ha practicado la prueba documental aportada y se ha aportado una prueba pericial al procedimiento. Igualmente se ha evacuado el informe de la Inspección Sanitaria.

Ahora bien, el escrito de reclamación proponía también como medios de prueba la testifical y el reconocimiento, así como una genérica referencia a “*otros medios de prueba*” sin que se hayan rechazado expresamente las pruebas propuestas por la reclamante tal y como dispone el artículo 77.3 de la LPAC aun cuando de la propuesta de resolución puede desprenderse ese rechazo. Por ello será necesario que se dicte por el instructor resolución expresa motivando ese rechazo.

Asimismo se ha evacuado el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de dicha norma legal.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

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

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

c) Ausencia de fuerza mayor.

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

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

CUARTA.- La reclamación considera que las patologías que sufre la hija de la reclamante fueron causadas por una inadecuada asistencia en el parto al no valorar adecuadamente signos de peligro tales como un sangrado vaginal y reaccionar de forma tardía ante la pérdida de latido fetal.

Conviene recordar que la carga de la prueba corresponde a quien reclama la responsabilidad patrimonial de la Administración tal y como previene el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien debe tenerse en cuenta el principio de facilidad probatoria contemplado en su apartado 7º.

La reclamante no aporta prueba alguna y tan solo aporta determinada documentación médica que, por otra parte, forma parte de la historia clínica.

Por ello ha de estarse a la prueba aportada al procedimiento, tanto la contenida en la historia clínica como en los informes del Servicio de Ginecología del HCSC, de la Inspección Sanitaria y el informe pericial elaborado por dos ginecólogos.

En este caso hay discordancia entre los informes ya que el informe del Servicio de Ginecología y el pericial consideran que se actuó con arreglo a la *lex artis* en tanto que la Inspección Sanitaria considera que no se actuó con arreglo a la misma ya que se infravaloró el dato de la hipotensión y el aumento de la frecuencia cardíaca y, especialmente, considera que se han alterado datos de la historia clínica.

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) pero ello no supone aceptar sus planteamientos sin más, sino que este ha de

tener la suficiente fuerza de convicción en el marco de una valoración conjunta de la prueba.

En este caso, ha de tenerse en cuenta que las afirmaciones de la Inspección son rebatidas por el informe pericial que considera que no había signos de un posible desprendimiento prematuro de placenta ya que no hubo hemorragia vaginal al no constar en la historia y aparecer líquido amniótico claro al romperse la placenta, no presentaba dolor abdominal ni hipertensión y las constantes maternas eran normales considerando los peritos que la hipotensión leve (87/50) y la taquicardia leve (98 lpm) fueron secundarias a la anestesia epidural. Cuando apareció de forma súbita a las 9:25 horas se tomaron las medidas oportunas.

En realidad, las discrepancias entre ambos informes se basan sobre todo en que el informe pericial se basa en los datos consignados en la historia clínica en tanto que la Inspección Sanitaria entiende que la historia clínica ha sido alterada y no recoge datos como la hemorragia que sí recoge el escrito de reclamación con lo cual parece que asume que existió tal hemorragia.

Ha de recordarse que el artículo 15 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, establece la exigencia de veracidad en la historia clínica. Si se alterase de forma intencionada un dato sustancial de la misma estaríamos sin duda ante un ilícito penal y sin pruebas fehacientes no puede afirmarse tal cosa.

Es cierto que la historia clínica no tiene un contenido incontestable, sino que, como señala la sentencia del Tribunal Supremo (Civil) de 14 de febrero de 2006 (rec. 2249/1999), la historia

clínica no hace fe por si misma de los datos que contiene, los cuales pueden ser contrastados por otros medios probatorios.

Sin embargo, en este caso, no existen tales medios probatorios, sino que la Inspección Sanitaria considera que el partograma (folio 68) está alterado en la hora de la pérdida del foco que está escrita a mano y en la que se puede leer 9:25 corregido sobre una hora que podría ser 9:35. En esa misma hoja se anota por la ginecóloga de guardia “*nos avisan a las 9:34 horas por pérdida de foco fetal y acudimos de inmediato*”. La Inspección da por sentado que la pérdida de foco se produjo a las 9:22 horas sin explicar las razones que le permiten llegar a esa conclusión. Por el contrario, los peritos ginecólogos afirman que a las 09:22 horas lo que se produce es un cambio de frecuencia basal fetal y es a las 09:25 cuando se pierde el foco (folio 354) lo cual según indican es frecuente y solo cuando no se logra recuperar la frecuencia cardiaca fetal mediante un captor interno se procede a avisar a la ginecóloga de guardia. Por ello concluyen que solo transcurren nueve minutos desde la pérdida de foco.

Las explicaciones de los peritos ginecólogos resultan con mayor poder de convicción que la argumentación de la Inspección Sanitaria basada en una supuesta alteración de la historia clínica sobre la cual no hay pruebas suficientes para mantener una acusación de esa entidad. Es por ello por lo que debe prevalecer la opinión contenida en el informe pericial aportado y por ende no se puede tener por acreditada la infracción de la *lex artis* en el desarrollo del parto de la reclamante.

Por todo ello no procede la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado incumplimiento de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 23 de febrero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 96/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid