

Dictamen n°: **587/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.09.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad, en su sesión de 27 de septiembre de 2022, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. por la asistencia sanitaria dispensada durante el parto y el fallecimiento de su hija, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 17 de junio de 2020 en el registro del Servicio Madrileño de Salud la persona citada en el encabezamiento, con asistencia letrada, presenta un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial.

En dicho escrito relata que el 16 de junio de 2019, sobre las 21:30 horas acudió al Hospital Universitario Fundación Alcorcón donde le confirmaron que estaba con contracciones, le realizaron una ecografía vaginal y le informaron que la niña estaba bien y quedó ingresada con amenaza de parto prematuro. Le suministran medicación, las contracciones y el dolor aumenta y solicita anestesia

epidural pero los médicos le informan que no podían porque tenía casi dos centímetros de dilatación y *“porque no estaba a término”*. Las contracciones continuaron y el dolor no cesaba y destaca que *“la otra medicación era para madurar los pulmones de mi bebe que consta de dos inyecciones una por noche durante dos días”*.

Prosigue su relato indicando que quedó ingresada en planta y fue monitorizada *“como mucho dos veces al día”* cuando considera que debería haber tenido monitores todo el día para controlar a la niña. Las contracciones aumentaron y el día 19 de junio presenta fiebre de 37:2°C y no le hacen analítica, la trasladan a monitores y le ponen por vía un medicamento *“que me dejó totalmente drogada, no sentía nada y me dormí”*, sintió que el bebé dejaba de moverse y avisó a las doctoras que le realizaron un tacto, una ecografía y pasó al quirófano donde le practicaron una cesárea. Cuando despierta le comunican que su hija había muerto y que todos los síntomas apuntaban a una infección muy fuerte: corioamnionitis aguda.

Reprocha: tratamiento preventivo inadecuado, pasividad de médicos y Enfermería, ausencia de pruebas y de tratamiento antibiótico adecuado.

No cuantifica la indemnización solicitada y aporta diversa documentación médica.

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

La paciente de 20 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes personales de hígado graso, condilomatosis y obesidad pregestacional grado II (IMC: 35, peso 103,5 kg), sin antecedentes obstétricos y primigesta fue inicialmente atendida, en consulta de Obstetricia, para control gestacional, el 31 de noviembre de 2018.

La gestación cursó con normalidad y los controles clínicos, analíticos y ecográficos fueron normales.

Consultó en Urgencias en las semanas 11 y 15 de gestación por sangrado vaginal escaso y dolor leve. Se realizó exploración y ecografía en las que no se objetivó patología. En la semana 22+3 y 22+4 consultó por inestabilidad rotatoria asociada a vómitos, fue diagnosticada de vértigo periférico y recibió tratamiento sintomático.

El 16 de junio de 2019, sobre las 21:30 horas, acude a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, gestante de 31 semanas, de curso normal. Refiere que presenta desde el día anterior dolor abdominal de tipo dismenorrea, que no ha precisado analgesia, sin sangrado vaginal, ni tampoco clínica miccional, sin pérdida de líquido, ni fiebre u otra sintomatología asociada.

En la exploración se aprecia abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin peritonismo. Genitales externos normales, leucorrea fisiológica, sin sangrado, cérvix posterior cerrado, cervicometría 8 mm. TA 130/73 y temperatura 36.6°C. Se realiza ecografía abdominal que muestra feto en presentación cefálica, biometrías acordes con edad gestacional y placenta normoinsera en cara anterior. En el registro cardiotocográfico aparecen contracciones cada 4-5 minutos que la paciente percibe como dolorosas.

Con juicio clínico de “*amenaza de parto pretérmino*” se decide ingreso urgente para tratamiento tocolítico con Atosibán y maduración pulmonar con betametasona, según protocolo. Se toman muestras para urocultivo, estudio de exudado vaginal, cribado de *Estreptococo* beta hemolítico, hemograma y PCR.

A las 22:23 h. se inicia por la matrona, protocolo de amenaza de parto pretérmino. En el hemograma, aparte de ligera anemia, aparece una leucocitosis de 13.790 sin evidente desviación izquierda y una PCR elevada (26.9mg/L). Se inicia perfusión de Atosibán para tocolisis y betametasona para propiciar maduración pulmonar. La paciente está afebril y normotensa. Tras la valoración del registro cardiotocográfico (RCTG) por el facultativo de guardia, pasa a planta a las 01:51h.

A las 08:38 h. del 17 de junio de 2019 la paciente refiere dolor y aumento de dinámica uterina, por lo que se realiza nuevo RCTG, se toma tensión y temperatura (ambas normales) y se avisa al ginecólogo, que valora la situación y considera que la evolución es correcta. El resto del día transcurre con normalidad.

A las 09:45 h. del 18 de junio de 2019 la paciente vuelve a quejarse de contracciones y presión abdominal. Se realiza RCTG y es valorada por la ginecóloga, que no aprecia dinámica alarmante ni cambios cervicales significativos. El resto del día transcurre con normalidad y a las 22:10 h, siguiendo el protocolo, se suspende la perfusión de Atosibán.

A las 01:49 h. del 19 de junio de 2019 la paciente refiere sensación de dinámica uterina cada 4 minutos desde hace media hora, sin otra sintomatología y es valorada por la ginecóloga que observa en el RCTG una dinámica uterina regular cada 2-3 minutos, cervicometría de 6 mm; al tacto, se aprecia cérvix dilatado 1 cm. amplio con borrado del 70%. Se decide un segundo ciclo de Atosibán.

A las 05:46 la paciente se queja de dinámica uterina más dolorosa en la última media hora. En el RCTG se aprecia dinámica uterina irregular cada 3 minutos; la dilatación cervical es de 2 cm. Se avisa al médico de guardia, que anota presencia de dinámica uterina cada 5-6 minutos muy dolorosa. Ante la posibilidad de que se

progresara hacia el parto, a las 09:20h, se decide administrar neuroprotección fetal mediante sulfato de magnesio y se avisa al Servicio de Pediatría. Se administran 50 mg. de Petidina a la paciente para aliviarle el dolor. Presenta TA de 126/72 y temperatura de 36,2°C.

La exploración a las 16:00h es prácticamente como la anterior; la paciente se mantiene durmiendo y sin dolor. Se retira la infusión de sulfato de magnesio. Se mantiene el RCTG que muestra mayor variabilidad, con ascenso y sin desaceleraciones. Evaluada por el facultativo de guardia, no hay dinámica uterina y pasa a planta a las 16:32h.

A las 18:56 h. se anota que presenta buen estado general, sin fiebre y normotensa, se mantiene en reposo absoluto y cena.

A las 22:36 h. la ginecóloga de guardia anota que la paciente se queja de dinámica uterina dolorosa. Pasa de nuevo a paritorio para realizar RCTG. La exploración muestra buen estado general, constantes normales, temperatura de 36,5°C y exploración abdominal y uterina normal. El tacto vaginal muestra una situación similar a la de exploraciones anteriores. En el registro aparece una FCF de 150 lpm, variabilidad >5 con ascensos, sin desaceleraciones y dinámica uterina irregular.

En el estudio microbiológico del exudado vaginal consta vaginosis bacteriana y positividad a *Estreptococo* grupo B. Se pauta tratamiento intravenoso con Clindamicina a dosis de 300mg/8h y se informa a Neonatología. La TA es de 131/66. Se solicita analítica urgente.

A las 00:27 h. del 20 de junio de 2019 se anota que la paciente refiere que persiste el dolor. Presenta constantes estables, sin fiebre y

la analítica es normal, salvo que muestra 21.000 leucocitos con 82% de neutrófilos. La PCR ha descendido a 17,2 mg/L. Se mantiene la perfusión de Atosibán.

A las 00:40 h., la paciente continúa en el bloque obstétrico.

A las 01:11h se avisa a la ginecóloga de guardia de pérdida de foco de latido fetal. La exploración de la paciente es normal. Dos minutos después se objetiva, mediante ecografía abdominal, que la frecuencia fetal es de 50-60 lpm por lo que se indica realización de cesárea urgente.

A las 01:14 h. entra en quirófano y con anestesia general, se realiza extracción fetal: mujer de 2.160 g. con pH 7,05/7,28, Apgar 0/0, no circulares, hipotónica. El equipo de Pediatría, que está presente durante la cirugía, aplica de inmediato maniobras de reanimación (RCP). Tras la histerotomía y amniorrexis se percibe líquido amniótico maloliente, importante sangrado de la cavidad y placenta totalmente desprendida, que se remite, para estudio, a Anatomía Patológica. Se solicita cultivo, se perfunde oxitocina y se comprueba una hemostasia correcta, útero bien contraído y anejos normales. Se administra a la paciente tratamiento antibiótico intravenoso con gentamicina y ampicilina.

Se realizan enérgicas maniobras de reanimación de la niña por parte del equipo de neonatólogos durante los 40 minutos posteriores al nacimiento, sin éxito.

La paciente pasa a Reanimación y posteriormente a planta. El juicio clínico que consta en el informe de alta es: sospecha de corioamniositis aguda, desprendimiento de placenta normoinserta y muerte fetal perinatal.

El postoperatorio evoluciona con normalidad, sin complicaciones y recibe alta a domicilio el 24 de junio de 2019. Las pruebas complementarias previas al alta muestran test de Kleinhauer, de transfusión fetomaterna negativo y microbiología de la placenta negativa.

El 14 de agosto de 2019 el informe de Anatomía Patológica sobre la necropsia de la hija de la reclamante concluye que se trata de recién nacida pretérmino sin malformaciones y con signos de hipoxia. Se señala igualmente, que la placenta presenta una corioamnionitis aguda inespecífica con respuesta materna y fetal III/III (funisitis con perivasculitis concéntrica) y hemorragia intervillositaria difusa.

Consta en la historia clínica que el 15 de agosto de 2020 la reclamante está de nuevo embarazada: FUR 16 de febrero de 2020 y gestación de 22+5 semanas.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acordó la instrucción del procedimiento de conformidad con lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC) y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

La jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial requirió a la reclamante para que aportara al expediente el escrito de reclamación debidamente firmado e indicara la cuantía indemnizatoria solicitada.

Mediante escrito presentado el 5 de agosto de 2020 la reclamante cumplimentó el anterior requerimiento y señalaba que la cuantía indemnizatoria se calcularía conforme a la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de motor.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante (folios 25 a 232).

En el informe de 7 de septiembre de 2020 el jefe de la Unidad de Obstetricia y Ginecología después de describir la asistencia sanitaria prestada a la reclamante explica que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial, pero en la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante aunque la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica subclínica y el tratamiento consiste en la administración de tocolíticos para inhibir la dinámica uterina que permita completar la tanda de maduración pulmonar fetal y/o la neuroprofilaxis, siempre que no existan motivos para dejar evolucionar el parto. Afirma y concluye que, en el caso que nos ocupa, tanto el diagnóstico como el tratamiento fueron adecuados a las condiciones clínicas, se actuó según protocolo y que a pesar de que a posteriori se identificó una corioamnionitis no existían criterios diagnósticos de anteparto, ni contraindicación para mantener el tratamiento tocolítico y que la causa más probable del *exitus* neonatal fue un desprendimiento de placenta que se identificó y trató con prontitud sin que existieran datos que pudieran predecir, prevenir o evitar dicho acontecimiento.

La Inspección Sanitaria emite informe el 17 de marzo de 2021 en el que describe los hechos reclamados, realiza consideraciones médicas y juicio crítico para concluir:

“La paciente fue ingresada desde el primero momento y se realizó un minucioso seguimiento de su estado clínico durante todo el proceso, pero surge la duda de si ante una persistencia de la progresión hacia el parto, pese a los dos ciclos tocolíticos administrados, no debería haberse considerado la posibilidad de la existencia de una corioamnionitis subclínica y haber procedido a una amniocentesis y examen del líquido amniótico. También

cabe preguntarse si la administración de Petidina sumada al tratamiento tocolítico no pudo oscurecer la evolución del cuadro a lo largo del día.

Estas últimas consideraciones sugieren algún indicio de que la atención prestada a la reclamante pudiera no haber sido estrictamente correcta, aunque la ausencia de una sintomatología más clara y la rápida evolución de la fase final del proceso podrían poner en duda que el manejo aquí apuntado hubiera obtenido mejores resultados”.

Tras el informe de la Inspección Sanitaria, la jefa de Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón informa el 14 de julio de 2021 que si bien es cierto que la infección intraamniótica subclínica es el origen conocido que subyace con más frecuencia en la amenaza de parto pretérmino en edades gestacionales tempranas y que el diagnóstico de la infección/inflamación intramniótica subclínica requiere de la realización de una amniocentesis, considera que dicha prueba no está exenta de riesgos, y en el caso que nos ocupa, los riesgos podían ser superiores dada la dificultad técnica asociada a la obesidad de la gestante. Indica también que *“por el momento, no existen ensayos clínicos randomizados que hayan demostrado que la realización de una amniocentesis en gestantes con amenaza de parto pretérmino mejore el resultado perinatal”*. Señala que la relación entre amenaza de parto pretérmino e infección/inflamación intraamniótica o la conveniencia de realizar una amniocentesis, son hipótesis que están ganando aceptación en los últimos años y solo se han recogido en la guía de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO en octubre de 2020, por tanto en fecha posterior a la que acontecieron los hechos. Manifiesta que en todo caso la causa del fallecimiento neonatal está relacionada con un desprendimiento prematuro de la placenta,

circunstancia que no se puede garantizar que se hubiera evitado realizando una amniocentesis o interrumpiendo la tocolisis y finalmente transcribe de la Guía de Asistencia Práctica de la SEGO, que adjunta (folios 245 a 307):

“A falta de mayor evidencia, no podemos dar una recomendación firme respecto a la realización de una amniocentesis en mujeres con amenaza de parto pretérmino para descartar una infección/inflamación intraamniótica.

Aunque la tocolisis de mantenimiento (> 48 h) no ha demostrado retrasar el parto ni mejorar los resultados neonatales (calidad evidencia alta), en edades gestacionales precoces y siempre habiendo descartado contraindicaciones a la tocolisis podría valorarse un nuevo ciclo de tocolisis si existe reinicio de dinámica uterina”.

También figura en el expediente un informe de 1 de febrero de 2022 emitido a instancia del SERMAS por una médico especialista en Obstetricia y Ginecología que, en síntesis, considera que la situación clínica de la paciente no permitió sospechar la corioamnionitis hasta pocas horas antes del desprendimiento de la placenta, evento inevitable que cursó sin manifestaciones clínicas, por lo que, aunque se hubiese podido confirmar el diagnóstico, ninguna actitud terapéutica hubiera modificado el curso de la enfermedad o evitado la muerte perinatal, por lo que no puede establecerse un nexo causal entre dicho daño y la asistencia prestada, para concluir, que la asistencia dispensada a la paciente fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

Se confirió audiencia a la interesada y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

El 29 de julio de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de agosto de 2022, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 537/22, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 27 de septiembre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3 f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse

con lo dispuesto en la LRJSP, cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante está legitimada activamente al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, al ser la persona que sufre el indudable daño moral de la pérdida de un hijo, a su juicio, por la asistencia sanitaria recibida.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, centro sanitario constituido como fundación pública de la Comunidad de Madrid e integrado en la red sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

En cuanto al 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 67.1 de la LPAC. En el presente caso, el fallecimiento de la hija de la reclamante se produce el 20 de junio de 2019 por lo que la reclamación presentada el 17 de junio de 2020 está formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha solicitado el informe del servicio al que se atribuye el daño, se ha incorporado la historia clínica y el informe de la Inspección Sanitaria, se ha incorporado un informe de PROMEDE, se ha concedido el trámite de audiencia a la reclamante y, por último, se ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido

trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (recurso 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en la ley y en una reiterada jurisprudencia que lo interpreta:

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 de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causaefecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;

c) ausencia de fuerza mayor, y

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante dirige su reproche al mal funcionamiento de la Administración Sanitaria al considerar que la deficiente asistencia durante el embarazo y el parto conllevó la muerte de su hija.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización. En este sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) indica que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales*

que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

En el presente caso, las afirmaciones de la reclamante relativas a la vulneración de la *lex artis* no resultan sustentadas por la necesaria prueba por lo que han de analizarse los informes e historia clínica que figuran en el expediente remitido que dan cumplida respuesta a los reproches formulados.

Así, sobre el reproche relativo a la falta de tratamiento preventivo, la propia reclamante reconoce que el embarazo estaba controlado, la Inspección Sanitaria afirma que el curso y seguimiento del embarazo fue absolutamente normal y se deriva de la historia clínica que transcurría sin incidencias salvo las visitas a Urgencias por un episodio de sangrado escaso en la semana 15 y vértigos.

También resulta desmentido en la historia clínica e informes obrantes en el expediente el reproche relativo a pasividad de médicos y Enfermería.

Respecto al reproche de ausencia de pruebas y de tratamiento antibiótico adecuado, en el caso que nos ocupa, nos encontramos con una paciente con una gestación normal, con obesidad materna, que acude el 16 de junio de 2019 a Urgencias por dolor abdominal, contracciones uterinas regulares cada 4-5 minutos y acortamiento cervical de 8 mm, situación que según los informes obrantes en el expediente encaja en la definición de amenaza de parto pretérmino y la actitud adoptada se considera correcta puesto que los registros del cardiotocograma mostraban bienestar fetal, se frenaron las contracciones (tocolisis) con un primer ciclo de perfusión de Atosibán, con una duración de 48 horas, se aceleró la maduración pulmonar

con betametasona y se descartó una infección concomitante, la paciente se encontraba afebril y analíticamente presentaba leucocitos en rango normal para el embarazo, fórmula leucocitaria normal y una elevación de la PCR hasta 26.8 mg/L que según los informes obrantes en el expediente *“es un marcador inespecífico de inflamación”*. La tocolisis logró el cese de la dinámica regular y en los días 17 y 18 de junio no se produjo ningún cambio clínico ni cardiotocográfico, la paciente no presentó fiebre ni se registró taquicardia fetal o materna, circunstancias que según los informes del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y PROMEDE impiden considerar que existían criterios para diagnosticar una corioamnionitis, ni para indicar una amniocentesis diagnóstica.

El 19 de junio de 2019 se reanudó la dinámica uterina y ante la amenaza de parto pretérmino, se inició un segundo ciclo de Atosiban y el protocolo de neuroprotección fetal con sulfato de magnesio, indicado, según los informes obrantes en el expediente, en caso de sospechar el inicio inminente del parto en gestantes por debajo de 32 semanas. La gestante no tenía fiebre y se administró 50 mg de petidina, opioide para control analgésico ampliamente utilizado en Obstetricia, que según los informes obrantes en el expediente, no tiene ningún efecto sobre la dinámica uterina, negando dichos informes que el uso de petidina pudiera enmascarar una corioamnionitis. El tratamiento redujo las molestias y la dinámica uterina durante unas horas, al término de las cuales, se apreció un incremento de la cifra de leucocitos, apareció de nuevo la sintomatología, se constató la existencia de estreptococo B en exudado vaginal y se inició tratamiento antibiótico. Tres horas después, se apreció pérdida de foco del latido fetal, bradicardia fetal y aunque se practicó una cesárea inmediata no pudo evitarse el fallecimiento fetal perinatal.

Según la Inspección Sanitaria, un trabajo de parto pretérmino refractario al tratamiento tocolítico puede sugerir una corioamnionitis subclínica, con o sin rotura prematura de membranas lo que resulta desmentido en el informe del Servicio de Obstetricia que considera que *“ni la taquicardia materna, ni la irritabilidad o dinámica uterina, ni otros marcadores infecciosos como la elevación de la PCR se consideran criterios diagnósticos de corioamnionitis”*. También resulta desmentido en el informe de PROMEDE según el cual, la situación clínica de la paciente no permitió sospechar la corioamnionitis hasta pocas horas antes del desprendimiento de placenta, evento que califica como inevitable y que cursó sin manifestaciones clínicas.

Frente a lo apuntado por la Inspección Sanitaria sobre si debió procederse a la realización de una amniocentesis y examen del líquido amniótico, el resto de informes obrantes en el expediente consideran que no solo no existía indicación de amniocentesis diagnóstica, sino que su realización no habría supuesto modificaciones relevantes en el curso clínico de la paciente.

Así pues, frente a la ausencia probatoria de la reclamante y a la vista de las conclusiones poco concluyentes de la Inspección Sanitaria, los informes del Servicio de Obstetricia y Ginecología del centro sanitario donde recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche y de la aseguradora del SERMAS, elaborado por un especialista en Obstetricia y Ginecología, ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme con la *lex artis*, lo que impide considerar antijurídico el daño por el que reclama.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada.

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 27 de septiembre de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 587/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid