

Dictamen nº: **46/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de febrero de 2023, 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 un abogado en nombre y representación de Dña. y D., por mala praxis médica en la detección, seguimiento y tratamiento de las complicaciones perinatales durante el embarazo de su hija, que según los reclamantes causaron la asfixia perinatal el día de su nacimiento en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 20 de mayo de 2021 las personas citadas en el encabezamiento presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitan una indemnización por mala praxis en el seguimiento del embarazo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Previo requerimiento de la Administración al objeto de concretar el escrito inicial de reclamación, el abogado de los reclamantes expone que la gestante, mediante la técnica de fecundación in vitro, por transferencia de embriones, de 39 años de edad, sin gestaciones ni

abortos anteriores, realizó el control de la gestación en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, en un hospital privado y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y en el curso de la gestación, se observó; en el primer y segundo trimestre, déficit plaquetario sin clínica hemorrágica; en el segundo trimestre, tras ecografía, se detectó microtia derecha más inserción baja de apéndice preauricular derecho, sin alteraciones orgánicas en el feto; y el 20 de abril la gestante no percibe movimientos fetales por lo que al día siguiente acudió a Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Relatan, que a su llegada a Urgencias se realizó registro cardiotocográfico fetal desconociendo si se realizó ecografía anterior, y en un corto espacio de tiempo la frecuencia cardiaca fetal alcanza 150 latidos por minuto, de pronto se derrumbó y descendió, desconociendo la frecuencia y a los 3 minutos se aprecia bradicardia intensa con pérdida de latido fetal realizándose una cesárea emergente a los 7 minutos de comenzar la bradicardia.

Manifiestan que nació una niña, sin signos de vitalidad, con 3 vueltas de cordón, test de Apgar 0 al nacer y 1 a los 6 minutos de vida, se le realizó masaje cardiaco e inyección de adrenalina y tras varios intentos de recuperación, a los 15 minutos presento frecuencia cardiaca y pH fetal de 6,95. El diagnóstico fue de recién nacida a término, de bajo peso (2710 gramos) para edad gestacional (39 semanas más 1 día), asfixia perinatal que provoca encefalopatía hipóxico-isquémica y fue trasladada al Hospital Universitario 12 de Octubre.

Consideran que *“dicha encefalopatía hipóxico-isquémica no era previsible que se produjera, a priori, pues no había motivos antes del parto y que motivaron su ingreso al día siguiente de su nacimiento en el Hospital 12 de Octubre para realizar hipotermia a la recién nacida y dado que el sufrimiento fetal pudo y debió monitorizarse, resultando fundamental prestar atención a síntomas como los cambios en la frecuencia cardíaca, la*

presencia de sustancias anormales en el líquido amniótico o la disminución del movimiento fetal, ya que en estos casos se debe intervenir rápidamente, especialmente si estamos ante un caso de sufrimiento fetal agudo.

Dado que existen métodos de detección y tratamiento, el equipo sanitario debió seguir los protocolos para evitar la lesión del bebé, entendemos que no se hizo, estando por tanto ante una negligencia médica cuyo resultado previsible han sido daños irreversibles por encefalopatía hipóxico-isquémica”.

Solicitan una indemnización de 3.500.000 de euros.

El escrito de reclamación se acompaña del libro de familia, apoderamiento *apud acta* y diversa documentación médica.

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

La reclamante, de 38 años de edad, con antecedentes de migrañas, plaquetopenia, hernia discal, estrabismo, exfumadora y FUR 15 de julio de 2019, gestante mediante la técnica de fecundación in vitro en el Hospital Príncipe de Asturias, acude el 10 de agosto de 2019 a Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada por sangrado genital menor que regla. Tras la exploración física, ecográfica y test de gestación se anota como juicio diagnóstico: gestación pendiente de localización y evolución pendiente de realizar determinación de beta-HCG.

El 6 de septiembre de 2019 acude nuevamente a Urgencias por nuevo sangrado genital menor que la regla. Se realiza exploración clínica, analítica que presenta normalidad, sin leucocituria ni hematuria y se realiza ecografía que informa “*útero regular en anteversión de*

características normales. Endometrio decidualizado con SG de 16mm con embrión LCF+ (correponde a 6+4)”.

El 7 de octubre de 2019 es valorada en consulta de Obstetricia. Se encuentra en tratamiento con yodocefol y progesterona. Se solicita nuevo screening y ecografía que indica “*EGA: 12 + 0 EGE: 11+0. Datos fetales. Feto único vivo y móvil. CRL: 42 mm. Translucencia nucal: 0.8 mm Ductus venoso: Normal Hueso nasal: no valorable Anejos ovulares. Placenta: posterior. Líquido amniótico: normal orientación diagnóstica. Error de datia Fecha de última regla por eco: 22/07/2019 Fecha prevista del parto: 29/04/2020”.*

El 23 de octubre de 2019 acude a control clínico obstétrico del primer trimestre. Se le informa de los resultados del cribado del triple screening, de la analítica realizada y se solicita prueba de test de Sullivan. Se realizó ecografía y estudio Doppler de las arterias uterinas maternas. En la ecografía se observan movimientos fetales positivos y mioma intramural subseroso en fondo canto derecho de 24x22 mm.

El 29 de noviembre de 2019 se realiza test de Sullivan (glucosa) y se anota: “*Pruebas Complementarias ...Glucosa (test de OSullivan) * 151 mg/dL Sobrecarga oral de glucosa (100 g) de gestante Informe de la sobrecarga oral de glucosa: No se cumplen criterios diagnósticos para DMG”.*

El 17 de diciembre de 2019 se realiza ecografía de la semana 20, con resultado de normalidad.

El 25 de diciembre de 2019 acude a Urgencias por cuadro compatible con vaginitis candidiásica que fue trata con antifúngicos.

El 12 de enero de 2020 acude a Urgencias y se anota:

“24+6 semanas. Desde hace 5 días dolor en hipogastrio, acudió a Hospital de Quirón Alcorcón, aporta informes: RCTG con irritabilidad uterina que cedía con hidratación iv con cérvix estable (41mm). Afebril, no amniorrea ni metrorragia, percibe MF +. t^a 36.7°C, TA 105/70 Combur test: normal, sin leucocituria ni hematuria. Expl: Útero relajado, acorde, no restos en vagina, cx formado y cerrado.

Eco TV: Cervicometría 40-41mm sin funnel.

Eco Abd: Feto en cefálica, con LC+ y MF + + , LA normal, placenta en cara anterior – fondo”.

El 22 de enero de 2020 se realiza nuevo estudio ecográfico en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y una amniocentesis diagnóstica. El diagnóstico ecográfico es de anomalía fetal estructural.

“INFORME ECOGRÁFICO 2º/3er TRIMESTRE GESTACIÓN ÚNICA

Motivo de Consulta: Malformación fetal

El examen ecográfico realizado a la paciente permite visualizar una gestación uterina con feto único y las siguientes características:

FUR: 22/07/2019 Edad gestacional: 26 semanas 3 días.

ESTÁTICA FETAL VITALIDAD FETAL

Situación: Longitudinal MCF: Positivo.

Presentación: cefálica Movimientos: Presentes

ECOBIMETRIA FETAL

DBP(mm): 60 Percentil :0.1 Semanas +días: (23+4)

CC(mm): 232 Percentil: 7.3 Semanas +días: (25+2)

CA(mm): 199 Percentil: 4.7 Semanas +días: (24+6)

LF(mm): 50 Percentil: 87.3 Semanas +días: (27+3)

Percentil: 0.1 Percentil: 7.3 Percentil: 4.7 Percentil: 87.3

PFE: 808 PFE (percentil): 19.5 PFE (semanas +días) 25+2)

Estas biometrías corresponden teóricamente a (25+2) semanas de gestación (\pm 1 semana)

ESTUDIO DE LA PLACENTA Y CORDÓN UMBILICAL

Placenta implantada en: Fondo

Líquido Amniótico (ILA): Normal.

Cordón: 3 Vasos.

ESTUDIO MORFOLÓGICO FETAL

Feto y/o anejos patológicos:

Cabeza: Microtia derecha+ apéndice preauricular.

En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%.

Comentarios de Hallazgos ecográficos: Micrognatia Microtia

Cámara gástrica pequeña a lo largo de toda la exploración

Se recomienda reposo relativo durante las primeras 48h. Deberá acudir a urgencias si presentara pérdida de líquido amniótico por genitales externos (líquido transparente y caliente, a temperatura corporal), pérdida de sangre por genitales externos, fiebre igual o superior a 38° C o contracciones uterinas (dolor abdominal similar al de la menstruación aunque de mayor intensidad y de carácter rítmico).

Sospecha de síndrome (Treacher-Collins)

JUICIO DIAGNÓSTICO: Anomalía fetal estructural”.

El 31 de enero de 2020 en la ecografía se observa una sola oreja por posición fetal, que podría corresponder a la derecha, con cierta asimetría en polo superior auricular. Resto de la ecografía sin hallazgos.

El 3 de febrero de 2020 se realiza nueva ecografía en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. En el estudio de la placenta se informa que el líquido amniótico es normal y el cordón tiene 3 vasos. En el estudio morfológico fetal se anota:

“Feto y/o anejos NO patológicos:

En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%.

Feto de sexo: femenino”.

En la consulta del día 19 de febrero de 2020 se anota SOG intolerancia, pendiente amniocentesis realizada en centro privado.

El 21 de febrero de 2020 acude a consulta y se realiza nuevo estudio ecográfico. Se anota la siguiente orientación diagnóstica:

“Desarrollo fetal correcto PFE en p41.

Se realiza una exploración morfológica comprobando alteraciones del pabellón auricular derecho. Valoración cara fetal con dificultad por posición fetal. Al estudio en 3D y 4 D se objetiva discreta retrognatia sin otras alteraciones. Se realiza estudio en diferido con volumen.

Resto de exploración impresiona normal

Pte de resultados de genética (enviará informe por correo y se cita en alto riesgo obstétrico (ARO) para resultados de amniocentesis)”.

El 24 de febrero se realiza nuevo estudio ecográfico a la gestante en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

“ESTUDIO DE LA PLACENTA Y CORDÓN UMBILICAL

Placenta implantada en cara Anterior

Líquido Amniótico (ILA): Polihidramnios. ILA 28

Cordón: 3 Vasos.

En este momento no se observan otras anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse las que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía. La sensibilidad de la técnica oscila entre el 60-80%.

Feto de sexo: femenino

Comentarios de Hallazgos ecográficos: Micrognatia

oreja derecha de inserción baja, displásica, con apéndice preauricular

Polihidramnios

Cámara gástrica pequeña a lo largo de toda la exploración

Cariotipo normal

Pendiente arrays”.

El 3 de marzo de 2020 el estudio de diagnóstico genético prenatal realizado en un centro privado recoge la siguiente conclusión: *“No se han detectado alteraciones de numero de copia asociadas a las alteraciones genéticas incluidas en el diseño KaryoNIM Prenatal. El resultado negativo de este estudio no descarta el posible origen genético del motivo de la consulta, debido a que no se puede descartar la presencia de variante de regiones genómicas no estudiadas en la prueba o debido a las limitaciones técnicas de la prueba. Recomendaciones: se recomienda realizar una consulta de consejo genético”.*

El 9 de marzo de 2020 se realiza nuevo estudio ecográfico en el Hospital Universitario Gregorio Marañón con juicio diagnóstico de anomalía fetal estructural. En los hallazgos ecográficos figura *“inserción velamentosa de cordón” (folio 32).*

El 30 de marzo de 2020 en las notas de evolución figura la siguiente anotación: *“Situación COVID 19. Asintomática. Confirмо cita, explico sin acompañante. Vendrá 12 horas”.*

El 31 de marzo de 2020 acude a consulta y se realiza ecografía. Semana 36+1. Se encuentra asintomática. Se solicita monitor, analítica al ingreso de parto y ecografía en tres semanas.

El 21 de abril de 2020 acude a las 12.29 horas a Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada, gestante de 39+1 semanas porque no nota movimiento fetal desde el día anterior. Refiere dinámica

irregular escasa por las noches. A las 12:36 se anota que no presenta sangrado ni amniorrea. Se realiza exploración ginecológica y pruebas complementarias: ecografía que muestra feto único, lc+, movimientos respiratorios presentes, placenta anterior normoinserta e hidramnios leve. Pasa a monitor.

En el registro cardiotocográfico iniciado a las 12:50 horas hay frecuencia cardiaca fetal a unos 150 lpm con escasa variabilidad, sin apenas ascensos ni descensos, a las 13:04 se produce descenso brusco y profundo, bradicardia de la frecuencia cardiaca y dudosa perdida de latido. Se indica cesárea emergente a las 13:10 horas.

A las 13:23 horas se inicia cesárea emergente, bajo anestesia raquídea. Se extrae feto con 3 vueltas de cordón apretadas, peso 2.710 gr y pasa a cuidados por Neonatología. Al nacimiento presenta hipotonía generalizada sin esfuerzo respiratorio y asistolia. Se traslada a cuna de reanimación y se inicia PPI inmediatamente. Intubación a los 40 segundos de vida. Se inicia masaje cardiaco tras la intubación y se administra adrenalina IT (3 mi) hasta en 3 ocasiones durante los primeros 10 minutos de vida. Precisa aspiración de abundantes secreciones espesas no meconiales tras intubación. A los 11 minutos se consigue canalizar vía umbilical administrando adrenalina y bolo de suero fisiológico a 10ml/kg, repitiendo segunda dosis de adrenalina a los 3 minutos.

Se detecta frecuencia cardiaca a los 15 minutos de vida, sin esfuerzo respiratorio. Se inicia hipotermia pasiva y se traslada a Unidad Neonatal. Con 5 horas de vida se indica traslado al Hospital Universitario 12 de Octubre.

TERCERO.- Formulada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre,

del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la gestante del Hospital Universitario de Fuenlabrada, cuya asistencia sanitaria es objeto de reproche y del Hospital Universitario 12 de Octubre donde fue asistida su hija, que no es objeto de reproche.

Figura en el expediente el informe de la jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada en el que se indica que el 21 de abril de 2020 avisan a la Unidad Neonatal por una cesárea emergente por registro patológico y escasa reactividad fetal y acuden la enfermera de Neonatología y el neonatólogo; que el parto fue mediante cesárea urgente y el Apgar al minuto, 5, 10 y 15 fue 0,1,1,6 y describe la asistencia dispensada a la hija de los reclamantes, que presentó al nacimiento hipotonía generalizada sin esfuerzo respiratorio y asistolia, que precisó intubación, masaje cardiaco, bolo de suero fisiológico y adrenalina, detectándose latido sin esfuerzo respiratorio a los 15 minutos de vida por lo que se inició hipotermia pasiva, hasta su traslado al Hospital Universitario 12 de Octubre por asfixia perinatal.

El 21 de junio de 2021 la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada informa *“tras la exhaustiva revisión de lo acontecido y reflejado en la atención recibida durante su gestación y parto”* que el seguimiento realizado durante la gestación se realizó en todo momento ajustado al protocolo de atención al embarazo vigente en el servicio y recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que adjunta, con visitas periódicas durante los trimestres de gestación, ecografías, controles analíticos y atención grupal para gestante con diabetes gestacional en las fechas que indica.

Se expresa en el informe que la gestante acudió al hospital el día 21 de abril, un día antes de su visita concertada de control prenatal en consultas externas fijada para el día 22 de abril y en el triaje hospitalario, realizado a las 12.29 horas, figura como motivo de consulta “*no notar movimiento fetales*”, 7 minutos después, a las 12.36 se realizó la primera valoración de la gestación con exploración y ecografía donde se confirma viabilidad fetal y se indica la necesidad de realizar una monitorización cardiotocográfica fetal para comprobar bienestar fetal y según lo reseñado en la historia clínica a los 10 minutos de dicha monitorización, se objetiva una bradicardia fetal (descenso de la frecuencia cardiaca fetal) no asociado a contracciones uterinas que no cede espontáneamente, por lo que se indica con carácter emergente una cesárea, naciendo un feto vivo con tres circulares de cordón en el cuello, a las 13.24 h con Apgar 0/1/1, realizándose las preceptivas maniobras de reanimación REA V, pH 6,95, exceso de bases -15. Tras dicha reanimación se obtiene latido cardiaco fetal 15 minutos después, se estabiliza a la recién nacida y se ingresa en Unidad de Neonatología donde con posterioridad se indica la idoneidad del tratamiento hipotérmico fetal y su traslado para ese fin al hospital de referencia, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Tras exponer que la atención durante la gestación se ajustó a protocolo, que la atención en Urgencias por no percibir movimientos fetales se hizo en tiempo y forma adecuados y que la cesárea emergente urgente se realizó según el protocolo que adjunta, afirma que no encuentra ningún indicio de mala praxis en la detección de complicaciones perinatales, que los mecanismos implicados en el desarrollo de la asfixia perinatal no siempre son conocidos y tienen carácter imprevisible siendo imposibles de adelantar en el contexto de un seguimiento gestacional normal, con crecimiento fetal correcto y ningún otro signo de alarma. Explica que la disminución de movimientos fetales es un signo inespecífico que a menudo pasa desapercibido para muchas madres, que cuando consultan a menudo es tarde.

Prosigue el informe señalando que la monitorización cardiotocográfica fetal permite detectar en ocasiones alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal que son indicativas de finalización inmediata de la gestación por la vía más rápida, como se realizó en el caso de la paciente y que la presencia de tres circulares de cordón alrededor del cuello es un hecho imprevisible que puede ocasionar asfixia fetal de forma aguda, sin que exista actualmente ningún procedimiento diagnóstico-terapéutico que pueda anticiparse a este hecho.

Finaliza el informe señalando que *“la obtención de malos resultados obstétricos en la mayoría de los casos, no se debe a una mala praxis de los equipos obstétricos sino a causas que todavía el estado de la ciencia actual no es capaz de explicar. Los obstetras lamentamos profundamente estos hechos y trabajamos a diario con extraordinario celo para intentar que nuestros pacientes madre y recién nacido estén en las mejores condiciones”*.

El 29 de junio de 2022 la jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, a requerimiento de la Inspección Médica emite informe complementario, en relación con la existencia de una inserción velamentosa de cordón en la placenta. Al respecto informa:

“• La atención durante la gestación a (...) se ajustó en todo momento a protocolo de atención al embarazo normal y al control gestacional adecuado para su diabetes gestacional.

• La paciente (...) omitió comunicarnos el hallazgo realizado en HGM sobre la inserción umbilical. Es deseable que la comunicación médico-paciente sea bidireccional para optimizar el control prenatal, máxime si la paciente realiza controles prenatales en varios centros a la vez. Si la paciente nos hubiese comunicado tal condición, se hubiese realizado una ecografía dirigida a ese punto concreto. Muy al

contrario, la paciente nos dirigió a una posible malformación auricular, que por supuesto fue explorada de forma exhaustiva con carácter no concluyente con todos los medios técnicos que tenemos a nuestra disposición (eco 2D, eco 3 D y modo Doppler).

- Durante el exhaustivo seguimiento de la gestación, no se detectó ninguna alteración en el crecimiento ni bienestar fetal que pudiese indicar un cambio en la fecha de finalización de la gestación o pudiese anteceder los desgraciados hechos acontecidos.

- La ecografía obstétrica es una herramienta imprescindible en el control prenatal, sin embargo presenta todavía limitaciones aún en manos expertas, ya que no es infalible. Los mecanismos implicados en el desarrollo de la asfixia perinatal no siempre son conocidos y tienen carácter imprevisible, siendo imposibles de adelantar en el contexto de un seguimiento gestacional con crecimiento fetal correcto, aún con la presencia de una inserción velamentosa.

- La disminución de movimientos fetales es un signo inespecífico que a menudo pasa desapercibido para muchas madres, que cuando consultan a menudo es tarde. En el caso que nos ocupa, la situación de pandemia y el miedo a un contagio por Covid, hizo que la paciente demorara su visita a urgencias pese, a percibir una disminución de los movimientos fetales la tarde anterior.

- La monitorización cardiotocográfica fetal permite detectar en ocasiones alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal que son indicativas de finalización inmediata de la gestación por la vía más rápida, como se realizó en el caso de la paciente. La presencia de tres circulares de cordón alrededor del cuello es un hecho imprevisible que puede ocasionar asfixia fetal de forma aguda. No existe actualmente ningún procedimiento diagnóstico-terapéutico que pueda anticiparse a este hecho.

- *El conocimiento de dicha inserción velamentosa no hubiese cambiado nuestra atención prenatal porque se realizó el control ecográfico exhaustivo que la mayoría de los expertos recomienda realizar. Tampoco hubiese nuestra actitud obstétrica en el momento del parto (la paciente acudió a urgencias y se realizó una cesárea emergente con diligencia) antes de las 39 semanas de la gestación por una disminución de movimientos fetales. La realización de una cesárea electiva antes de las 39 semanas de la gestación se asocia también con complicaciones neonatales, fundamentalmente respiratorias.*
- *Según lo comentado en el informe previo fechado hace un año la cesárea efectuada el día 21/04/2020 a (...), indicada 13.10h y con nacimiento del recién nacido registrado 14 minutos después (13'24h) se ajusta a todas las recomendaciones científicas, al igual que la reanimación realizada y posterior derivación a Hospital terciario por parte del Servicio de Pediatría.*
- *Por tanto, sigo sin encontrar ningún indicio en la revisión de la historia clínica, donde pueda inferirse en nuestra actuación una MALA PRAXIS MÉDICA EN LA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES durante la gestación que pudieran anticipar u ocasionar la asfixia perinatal a la menor. El conocimiento de la inserción velamentosa aunque hubiese sido deseable, no hubiese cambiado los hechos.*
- *La obtención de malos resultados obstétricos en la mayoría de los casos, no se debe a una mala praxis de los equipos obstétricos sino causas que todavía el estado de la ciencia actual no es capaz de explicar porque nuestro arsenal diagnóstico es limitado. Los obstetras lamentamos profundamente estos hechos y trabajamos a diario con extraordinario celo para intentar que nuestros pacientes madre y recién nacido estén en las mejores condiciones”.*

La Inspección Sanitaria, el 29 de julio de 2019 emite informe en el que examina la historia clínica de la interesada, efectúa las oportunas consideraciones médicas, que a criterio de la inspectora médica *“plantea cierta controversia, dificultades para su claro enjuiciamiento y tiene unas características especiales”* y valora la asistencia dispensada en los siguientes términos:

“Sobre el conjunto de la asistencia, en la valoración prenatal ya se ha explicado que se considera hay una objeción sobre el estudio de la inserción del cordón umbilical, que en este caso resultó ser velamentosa, cosa no conocida ni por tanto seguida en la medida de lo posible.

No obstante, no se considera presentada vasa previa. No se mostró desprendimiento ni hemorragia.

Las actuaciones del Servicio actuante, en definitiva, se valoran dentro de práctica no incorrecta, aunque con la objeción expuesta; también se reseña que a pesar de la objeción no puede objetivarse que ese aspecto cuestionado haya estado en relación directa con el desenlace de esta gestación.

También se ha enjuiciado que, en el día 21 de abril de 2020, a pesar del desenlace, los actos que deben seguirse, tal como se iban conociendo los hechos en su momento, se hicieron con rapidez.

Todo ello salvo otro criterio en contra mejor fundado”.

El 20 de julio de 2022 la Inspección Médica, previo requerimiento del instructor emite nuevamente informe respecto al tiempo de reanimación de la recién nacida. Al respecto considera que la asistencia de reanimación de la neonata por parte del servicio correspondiente del Hospital Universitario de Fuenlabrada no era objeto de reproche por los reclamantes sin embargo procede a su análisis y tras las consideraciones

médicas oportunas concluye que los tiempos de reanimación fueron adecuados y la práctica clínica se valora como correcta.

Tras la incorporación al procedimiento de los informes de la Inspección Sanitaria, figura en el expediente, a instancias del SERMAS, un informe pericial firmado por un médico especialista en Ginecología y Obstetricia que concluye que la actuación facultativa en los hospitales del SERMAS (Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario 12 de Octubre), fue en todo el proceso de embarazo, parto y post-parto absolutamente acorde al estándar de control, diagnóstico y tratamiento recomendados y exigibles en la actualidad (folios 628 a 664).

Instruido el procedimiento se otorga audiencia a los reclamantes y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, el 13 de diciembre de 2022 se formula propuesta de resolución en la que se desestima la reclamación presentada.

CUARTO.- El 19 de diciembre de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente nº 766/22 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 Jurídica Asesora en su sesión de 2 de febrero de 2023.

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 superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) al haber recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche. De igual modo, cabe reconocer la legitimación del padre y de la madre para reclamar por daño moral, según refieren en el escrito de reclamación. Actúan también en representación de su hija, menor de edad, a tenor de lo establecido en el artículo 162 del código Civil que atribuye a los padres la representación legal de los hijos menores no emancipados. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco mediante copia del libro de familia y actúan debidamente representados.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario, Hospital Universitario de Fuenlabrada, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas (ex artículo 67.1 de la LPAC).

En el caso que nos ocupa, los reclamantes reprochan la asistencia dispensada durante el embarazo por mala praxis médica en el abordaje y tratamiento de las complicaciones perinatales de la menor que, según los reclamantes, causaron asfixia perinatal y, de otro lado, reclaman por los daños de la hija que requirieron su traslado, con 5 horas de vida, al Hospital Universitario 12 de Octubre donde permaneció ingresada hasta el 3 de junio de 2020 que recibió alta, por lo que la reclamación presentada el 20 de mayo de 2021 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se han emitido informes por el Servicio de Ginecología y Obstetricia y por el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada, implicados en el proceso asistencial referido tanto a la gestación como posteriormente en el tratamiento de la asfixia perinatal de la niña. De igual modo, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria y se confirió trámite de audiencia a los interesados. Finalmente se ha redactado propuesta de resolución, que junto con el expediente ha sido remitido a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran

en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. Rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

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

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

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

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades

derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

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

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los interesados reprochan la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital General Universitario de Fuenlabrada al considerar que hubo mala praxis médica en la detección, seguimiento y tratamiento de las complicaciones perinatales de la menor que según los reclamantes causaron su asfixia perinatal el día del nacimiento.

No resulta controvertido en el expediente que la hija de los reclamantes, al nacimiento, presentó hipotonía generalizada sin esfuerzo y asistolia, que precisó: intubación, masaje cardíaco, bolo de suero fisiológico y adrenalina. A los 15 minutos de vida se detectó latido sin esfuerzo respiratorio, se inició hipotermia pasiva y a las 5 horas de vida

fue trasladada al hospital Universitario 12 de Octubre donde permaneció hasta el 3 de junio de 2020 que recibió alta con diagnóstico, entre otros, de asfixia perinatal con afectación multisistemática y encefalopatía hipóxico-isquémica.

Para determinar si se produjo una infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron el embarazo de la gestante, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En este sentido, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017). 18/23 Como es sabido, y así lo destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes, más allá de sus afirmaciones, no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que atendieron el embarazo y parto en el Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Frente a dicha falta de esfuerzo probatorio, la historia clínica y los informes obrantes en el expediente ponen de manifiesto que el control y seguimiento del embarazo se inició desde la primera visita a Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada en agosto de 2019 hasta

marzo de 2020 siguiendo los criterios y recomendaciones de la guía clínica publicada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. También fue controlada la gestación, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en un hospital privado.

Los informes incorporados al expediente, y en particular el informe de la Inspección Sanitaria, ponen de manifiesto que la gestación fue adecuadamente seguida y controlada en general, contemplándose periódicamente el estado global de la gestante, toma de constantes, análisis de la vitalidad fetal, realización de analíticas, cribados, control especial de hiperglucemia, cribado de cromosopatías, pautas de tratamiento, etc.

En este sentido, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón se realizaron diversos estudios de diagnóstico genético prenatal y no se apreciaron alteraciones genéticas. También se realizaron controles ecográficos siendo en el estudio ecográfico realizado el 9 de marzo de 2020 cuando el especialista reseñó en sus comentarios, una inserción velamentosa de cordón que según el informe de PROMEDE es una modalidad relativamente poco frecuente de la unión de los vasos del cordón umbilical al corion placentario que se da en un 1 % de los partos de un solo feto y del 15 % de los gemelares monocoriales siendo desconocida la patogénesis de esta inserción anómala del cordón. Respecto a la repercusión clínica o sintomatología, por lo general suele ser asintomática y casi siempre suele ser un hallazgo de la exploración ecográfica sobre todo del 3º trimestre o en el examen macroscópico de la placenta post alumbramiento. Los informes destacan que el auténtico peligro corresponde a los casos en los que la inserción velamentosa se sitúa encima del cérvix con el gran peligro de rotura al inicio de las contracciones de la rotura de las membranas, clínicamente denominado “vasa previa”, pero en el caso de la gestante, los informes obrantes en el

expediente son coincidentes en señalar que la inserción placentaria estaba alejada del orificio cervical y por tanto del riesgo de “vasa previa”.

Respecto al diagnóstico prenatal, destacan los informes obrantes en el expediente que es un tema difícil en el que concurren complejas circunstancias clínicas maternas y fetales que hacen que cada malformación o anomalía sea un reto, a pesar de los avances en el conocimiento del desarrollo fetal. También indican que las malformaciones siguen siendo un tema complejo de difícil diagnóstico.

Respecto al control y seguimiento del embarazo en el Hospital Universitario de Fuenlabrada en el primer trimestre, según la historia clínica e informes del expediente, se realizó exploración completa, pruebas analíticas y exploraciones ecográficas necesarias siguiendo los criterios y recomendaciones de la guía clínica publicada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Se determinó el estado del embrión mediante estudios ecográficos y se realizó el cribado del primer trimestre para valorar el riesgo de padecer una alteración numérica o estructural de los pares cromosómicos con el resultado de muy bajo riesgo que indicó la no realización de pruebas diagnósticas invasivas.

En el segundo trimestre siguiendo la guía clínica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se realizó analítica, prueba de Sullivan para el cribado de riesgo para la diabetes gestacional, prueba diagnóstica de sobrecarga oral de glucosa y el resultado fue de normalidad en todos los parámetros. También se realizó ecografía denominada de diagnóstico morfológico o ecografía de las 20 semanas para el estudio anatómico y funcional del feto y descartar posibles anomalías con expresión ecográfica, con resultado de normalidad. Cuando en el seguimiento del embarazo se sospechó en un hospital privado de malformación de la cara aparentemente leve, se remitió a su hospital de referencia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

para completar el estudio fetal, actuaciones que se califican acordes al nivel alto del estándar de diagnóstico y tratamiento.

En el tercer trimestre tal y como indican los informes del expediente, se completaron los estudios sonográficos diagnosticando un polihidramnios leve (aumento del líquido amniótico), no se detectaron nuevas alteraciones estructurales fetales a las ya diagnosticadas del pabellón auricular, pruebas genéticas normales y se realizó ecografía el 9 de marzo de 2020 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde se anota *“inserción velamentosa del cordón”*, anteriormente referida.

También pone de manifiesto el informe pericial que *“no existía ninguna recomendación de que se comenzaran los controles fetales ante parto de forma más precoz respecto a la cita que se le dio para 39-40 semana”* y *“al haberse iniciado el parto fuera del hospital, antes de poder comenzar el control fetal, no se pudo diagnosticar con mayor prontitud la situación de posible hipoxia con las contracciones y evitar la repercusión relativa, aguda o crónica fetal, en el grado que se produjo y detectó. No se puede argumentar con los conocimientos adquiridos a posteriori, que como el feto nació con algún problema respecto a su estado de bienestar, se debió a un déficit de actuación médica o de empleo de medios. Habrá que argumentar, más bien de que déficit se habla y de que ausencia de medios empleados se está argumentando. En este caso, no faltó ninguno”*.

Así pues, en el presente caso, a la vista de las genéricas afirmaciones de los reclamantes sobre mala praxis unido a la ausencia de explicaciones y pruebas para desvirtuar los informes obrantes en el expediente, no se observa ninguna restricción indebida de medios diagnósticos en el proceso de embarazo y parto que pudieran convertirla en inadecuada o contraria a *la lex artis ad hoc*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber 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 2 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 46/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid