

Dictamen n.º: **630/23**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **29.11.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 29 de noviembre de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera 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 D. .... y Dña. ...., por los daños y perjuicios sufridos durante el parto de su hija, ....., en el Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 28 de enero de 2022, las personas mencionadas en el encabezamiento, en su propio nombre y en el de su hija menor de edad, presentaron en el registro de la Consejería de Sanidad, un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial sobre los hechos acaecidos durante el parto ocurrido el 19 de noviembre de 2021 en el Hospital Universitario de Torrejón.

El escrito de reclamación explica que, tras el ingreso de la reclamante, a las 02:30 horas, del citado día, ya entendieron que el plan de parto y nacimiento no iba a ser cumplido por los equipos de Ginecología y Obstetricia del hospital.

En concreto, el escrito de reclamación detalla que no se respetaron los siguientes puntos:

- La matrona dejó sola en periodos largos a la parturienta.
- Antes de la fase de dilatación, a las 4 horas, ya estaban ofreciendo la inducción con oxitocina y otras técnicas invasivas que no deseaba la gestante.
- En la fase de dilatación activa:
  - En cuanto a los tactos vaginales, en ocasiones se realizaron con más de una persona en la sala.
  - Hubo en un momento que dejaron sin carga el wifi del Doppler limitando movimientos a la gestante.
  - No ofrecieron óxido nitroso.
  - En ningún momento la matrona guio a la parturienta en técnicas de relajación por el dolor.
  - La gestante en un momento avisó de un sangrado, al que le contestaron que era normal, esto tras varias horas diciendo que tenía ganas de empujar, a lo que contestaban que no era el momento. Posteriormente el sangrado aumento y todo terminó con una cesárea emergente.
  - No permitieron al acompañante estar en la cesárea, intentaron durante la misma abrir con la epidural Walking por tres veces, llevando a un umbral del dolor tremendo a la parturienta, administrando al final anestesia general.
  - Tras el alumbramiento por cesárea el bebé pasó 1,5 horas separada del padre y 6 horas separada de la madre, no

permitiendo la piel con piel. Se excusaron en depresión respiratoria pero las pruebas APGAR eran correctas 8/8/10. Aun así, deberían de haber permitido al padre de la niña acudir a Neonatología inmediatamente y no 1,5 horas después.

- La madre pasa 6 horas en reanimación innecesariamente, realizando analíticas de sangre que podrían haber sido realizadas en planta, la planta de Maternidad y Reanimación se encuentran a 20 metros. No permitieron a su acompañante verla.

- Durante la cesárea no se informó al padre de cómo se iba desarrollando la misma, le dejaron en el paritorio solo y encerrado.

- El bebé estuvo alejado de los padres durante 1,5 horas, cortando el cordón umbilical prematuramente.

- En cuanto a las solicitudes del COVID19, no permitieron realizar prueba en sangre a la madre, realizando PCR en contra de su voluntad, con la amenaza de tratarla como COVID positivo sin serlo, *“lo que afianza la dictadura sanitaria en el estado español”*, recordando que, en esos momentos en la UCI del hospital, no había ingresados, estaba completamente vacía. Entiende que, al no creer en este plan de pandemia, el trato fue distinto.

- En cuanto al bebé:

- Se administró toda la profilaxis ocular sin estar consentido por escrito, buscando el consentimiento del padre *“en un momento en el que no estaba completamente cuerdo debido a la situación”*.

- Se le realizaron sondados nasogástricos para vaciar el estómago del bebé sin usar antes varias técnicas no invasivas, casualidad que tras estas el bebé tuvo vómitos durante toda la estancia y una semana posterior. Esto no estaba autorizado en el

plan de nacimiento. *“Entendemos que les gusta hacer prácticas con bebés recién nacidos pues entendimos que lo hacían habitualmente”*. Estos sondados pueden crear paros cardíacos basales.

- En cuanto a la madre en la planta de Maternidad:

- Se le dejó con dolores insoportables durante 12 horas nocturnas, al no inocularle morfina, manteniendo con paracetamol y Enantyum el dolor postcesárea.

- Tras el ingreso, la madre tuvo una infección por la vía intravenosa en la mano derecha.

- Se le administra una sola unidad de sangre, teniendo los niveles de hemoglobina en mínimos, simplemente por el hecho de su escasez. Se trata de una persona joven de 27 años, que a fecha de la reclamación no ha recuperado el hierro en sangre.

La reclamación concluye solicitando el informe de Anatomía Patológica sobre la placenta e informe del cuerpo médico que atendió al parto, respecto a los sangrados que había avisado la gestante y que aun así los consideraron normales, cuando se trataba de un desprendimiento de placenta, así como la razón del desprendimiento.

Por último, indica que disponen de bastantes contactos periodísticos, por lo que se reservan el derecho de hacer público el trato recibido y terminar con la publicidad de parto respetado del hospital.

La reclamación solicita una indemnización de 60.000 euros por daños morales y se acompaña con un estudio de la Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología titulado *“¿Está indicado realizar un lavado gástrico a los recién nacidos sanos?”*;

documentación médica del Hospital Universitario del Sureste y el plan de parto y nacimiento de la reclamante (folios 1 a 26 del expediente).

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

La reclamante, de 27 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes de psoriasis, síndrome depresivo en tratamiento con Paroxetina 10 mg al día, un parto instrumentado con ventosa en 2012 y legrado en 2020.

El 19 de noviembre de 2021, a las 04:04 horas, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón por sospecha de rotura prematura de membranas desde las 02:00 horas. Presenta tensión arterial sistólica 110 mmHg, tensión arterial diastólica 60 mmHg y frecuencia cardíaca 62 latidos por minuto. Se trata de una gestante de 37+4 semanas con grupo sanguíneo 0 positivo. Serologías negativas salvo rubeola inmune. Bajo riesgo de trisomía. La ecografía realizada en la 20 semana de gestación fue normal. Analítica del tercer trimestre no realizada. Estreptococo del grupo B: no realizado. Aporta informe de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias con fecha 17 de octubre de 2021 donde se realizó ecografía que muestra crecimiento adecuado para edad gestacional, presentación cefálica, placenta normoinserta y líquido amniótico normal.

Se coloca registro cardio-tocográfico(RCTG) para valorar bienestar fetal y dinámica uterina. El RCTG muestra: frecuencia cardíaca fetal 120-130 latidos por minuto, variabilidad mayor de 5, ascensos transitorios presentes, deceleraciones variables aisladas sin signos de mal pronóstico en menos del 50% de las contracciones y dinámica uterina irregular.

Se ofrece exploración obstétrica que la paciente acepta: genitales externos de aspecto normal, fluye abundante líquido amniótico claro a la exploración con espéculo. Tacto vaginal (TV): cefálica insinuada, sobre estrecho superior; cuello posterior, semiborrado, consistencia media, permeable a dos dedos. Se recoge y cursa exudado vagino rectal, previo consentimiento verbal de la paciente.

La reclamante aporta plan de parto en el que especifica que no desea realizarse PCR para la detección del virus SARS-CoV-2. Consta que la enfermera le explica que el protocolo del Servicio de Ginecología y Obstetricia es realizar PCR al ingreso tanto a la paciente como a su acompañante, y que sin resultado de PCR serían considerados como PCR positiva. Finalmente, accede a hacérsela, aunque refiere "*sentirse obligada y no confiar en esa prueba*". La enfermera le explica que en ningún caso se realizará ninguna técnica sin su consentimiento.

Se cursa ingreso en Unidad de Trabajo de Parto 2. Se coloca monitor con telemetría y se le entrega a la paciente una hoja informativa sobre sobre PCR para SARS-CoV-2. Se extrae y cursa analítica completa.

A las 06:06 horas, una vez ingresada en la planta de Obstetricia, Enfermería deja constancia en la historia clínica de que la paciente ha realizado seguimiento de su embarazo en varios centros privados y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. También, le coloca monitor con telemetría y le entrega hoja informativa de rotura prematura de membranas e inducción de parto.

Consta que se recoge exudado vagino rectal, previo consentimiento verbal de la paciente, se extrae y cursa analítica completa y grupo sanguíneo. Se propone canalizar vía venosa periférica en el mismo momento, pero desea esperar y canalizar posteriormente.

A las 7:00 horas, Enfermería recoge exudado nasofaríngeo para realizar la PCR y realiza test de antígenos, previo consentimiento verbal del acompañante. El resultado del test de antígenos es negativo. Se informa a paciente y acompañante.

A las 08:00 horas, RCTG: frecuencia cardiaca fetal 130-135 lpm, variabilidad mayor de 5, ascensos transitorios presentes, sin deceleraciones, dinámica uterina irregular percibida como molesta pero bien tolerada. La paciente desea evolución espontánea. Afebril. Solicitan alguna alternativa (tipo parche) al tabaco ya que la paciente es fumadora. Previamente Enfermería le ha informado de que no puede salir a fumar.

A las 08:13 horas, se escriben los resultados de analítica: leucocitos 15.250, hemoglobina 9,4g/dl y plaquetas 353.000. Coagulación normal. Es valorada por médico interno residente de primer año de Ginecología, que solicita pruebas cruzadas.

A las 8:30 horas, se informa de indicación de canalizar vía venosa periférica y extraer pruebas cruzadas. La paciente entiende y acepta. Se canaliza la vía en miembro superior izquierdo, se extrae sangre y se cursan pruebas cruzadas. Se entrega documento de consentimiento informado de transfusión de hemoderivados.

A las 8:40 horas, RCTG: frecuencia cardiaca 120-130 lpm, variabilidad mayor de 5, ascensos transitorios presentes, sin deceleraciones y dinámica uterina irregular. Se retira RCTG.

A las 09.30 horas, se realiza cambio de turno de día. Ante la presencia de olor a tabaco, acude el equipo de guardia, técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y ginecólogas de guardia. Se les informa que está totalmente prohibido fumar en el hospital. La gestante

refiere que ha comenzado con dinámica uterina más dolorosa. Se coloca RCTG de control con cables (telemetría sin batería).

A las 10.00 horas, RCTG: 120 lpm aproximadamente, ascensos presentes, variabilidad conservada, sin desaceleraciones presentes. Dinámica uterina espontánea irregular. Se cambia monitorización a telemetría. Se ofrece exploración obstétrica previo consentimiento oral a la gestante que acepta: cuello borrado 80 %, centrándose, 3 centímetros (cm). Líquido claro. Entrega el documento de consentimiento de transfusión firmado.

Se dialoga con la paciente sobre las medidas de alivio del dolor que se disponen. La gestante refiere que desearía analgesia epidural tipo “Walking” pero en ese momento desea esperar.

A las 10.15 horas, la pareja de la paciente consulta si la gestante puede tomar su medicación habitual (Paroxetina). Se realiza consulta a ginecóloga de guardia (de consulta) que asiente y se informa a la paciente.

A las 10:38 horas, se obtiene el resultado de PCR SARS-CoV-2, la cual es negativa.

A las 10:57 horas, se solicita analgesia epidural. Se inicia sueroterapia con ringer lactato 500 ml. Se entrega documento de consentimiento de analgesia epidural que firma la paciente y entrega. Se avisa al Servicio de Anestesia.

A las 11:18 horas, se monitorizan las constantes. Tensión arterial 109/62 mmhg, monitorizada cada 15 minutos. RCTG: 125 lpm aproximadamente, ascensos presentes, variabilidad mayor de 5, sin desaceleraciones en tramo anterior a técnica. Dinámica uterina espontánea irregular. Se informa sobre los signos de alarma por los que debe avisar.



A las 11:23 horas, la gestante es valorada por anestesista de guardia ya que la paciente presenta trabajo de parto y desea analgesia epidural. Firma el documento de consentimiento informado. Analítica sin alteraciones que contraindiquen técnica. Técnica combinada sin incidencias.

A las 13:30 horas, la gestante avisa a Enfermería porque ha comenzado con sangrado coincidente al levantarse e ir al baño. A la llegada de enfermera, se encuentra a la gestante en el baño. La paciente refiere que se ha levantado y ha realizado micción. La enfermera visualiza restos de sangre entremezclados con líquido amniótico. Se acompaña a la paciente a la cama para realizar exploración, que acepta: dilatación completa. Se visualiza salida de sangre entremezclada con líquido amniótico. Al colocar a la gestante en decúbito supino acontece bradicardia fetal de 1 minuto de duración que se resuelve con estimulación táctil. Se avisa a ginecólogo de guardia que acude de inmediato para valoración. No se visualiza sangrado espontáneo ni al Valsalva. Se indica actitud expectante ante monitor posterior que es satisfactorio. Se cambian empapadores y se realiza observación estrecha.

A las 13:53 horas, la gestante avisa a Enfermería porque ha comenzado con presión e inicio de dolor. Se ofrece exploración, que acepta. Durante la exploración se produce salida de abundantes coágulos y líquido amniótico sanguinolento. Se avisa a Ginecología de guardia que acude de inmediato.

A las 13:55 horas, se indica cesárea emergente por sospecha de desprendimiento de placenta. En ese momento, no se consigue escuchar latido fetal en monitoreo fetal no estresante. Se activa protocolo, avisando a celador por parte de matronas. Se traslada a la gestante junto con personal de apoyo a quirófano.

A las 14:04 horas, nace mujer viva mediante cesárea emergente por abruptio de placenta. Tras realizar pinzamiento de cordón precoz, se traslada a la recién nacida a cuna de reanimación. Reanimación neonatal tipo III. APGAR 8- 8-10. PH arterial 7.35, PH venoso 7.35. Se traslada a la recién nacida a la unidad de neonatos en cuna de transporte conectada a presión positiva continua en la vía respiratoria. La paciente precisa anestesia general por lo que tras la cesárea se trasladada a Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA). Posteriormente, se informa a su acompañante del estado materno y de la recién nacida. Se le acompaña a unidad de neonatos a conocer a su hija.

Se remite la placenta a Anatomía Patológica para estudio histológico, se cita en agenda de correo para revisar resultado en 6 semanas.

A las 15:30 horas, se acompaña al padre a la habitación asignada en planta de Obstetricia. La parturienta permanece en URPA y la recién nacida ingresada en Unidad de Neonatos.

A las 19:35 horas, Ginecología informa a la paciente sobre el procedimiento de cesárea emergente. Se le tranquiliza y resuelven dudas. Se deja pedido el control analítico postransfusional para el día siguiente (previo al paso de la paciente a la planta de hospitalización).

A las 20:16 horas, Enfermería escribe en la historia clínica la valoración del puerperio tardío:

*“Puerpera que ingresa, consciente y orientada, procedente de URPA tras cesárea bajo anestesia general. Cuando entramos a la habitación nos reclama que la tenemos desatendida y la hemos dejado mucho tiempo esperando. Han sido menos de diez minutos, el tiempo de terminar de ver otro ingreso y llegar a su habitación. Se muestra enfadada y manifiesta que no se la está atendiendo*

*correctamente. Comento a supervisora de guardia. Niega reacciones alérgicas medicamentosas (RAM). Antecedente personal de psoriasis y síndrome depresivo en tratamiento con Paroxetina 10mg/día (desde hace un año y medio). Se explican normas de la Unidad y se facilitan también por escrito cuidados del puerperio y fundamentos de lactancia materna. Constantes registradas en gráfica, afebril. Portadora de vía periférica con elastómero de analgesia. Para buen control del dolor precisa analgesia de rescate. Tolerancia a dieta. Portadora de sonda vesical (300 cc de orina.). Desea lactancia materna. Iniciada en paritorio. En sala precisa ayuda”.*

El 20 de noviembre de 2021, a la 01:34 horas, Enfermería anota en la historia clínica:

*“Bienestar general (BEG). Palidez cutánea, refiere encontrarse bien. A primera hora, a las 22.30h pasamos a la habitación. Nos comentan que el bebé no ha comido desde que nació. Se le ofrece ayuda, pero no se consigue una toma efectiva. RN tendente al sueño. El padre insiste que él lo intentara después. A la 1:00 h pasamos de nuevo a preguntar, el padre está dormido, ayudamos a la madre, pero tampoco se consigue toma efectiva”.*

A las 1:30 horas avisa el padre por dolor. Elastómero no funcionando que se retira y se pauta analgesia intravenosa cada 4 horas. Se observa en ese momento que la niña ha vomitado y tiene arcadas. El padre la tiene en brazos y dice que no le pasa nada, que es por el oxígeno que le han metido. No deja valorar. Se dice que vigilen y que, si lo vuelve a hacer, avisen. Se vuelve a ofrecer ayuda para lactancia, pero dicen que lo intentarían en un rato.

A las 3:30 horas, avisan, la recién nacida “está enganchada”, se supervisa toma.

A las 6:00 horas, avisan porque la recién nacida ha vomitado. El padre se encuentra dormido, y la bebé en la cuna con un vómito abundante de líquido claro y calostro. Se limpia a la niña en presencia de la madre. Se administra Clexane pautado, al principio el padre se muestra reacio, después acepta.

A las 07:00 horas se saca analítica sanguínea, se retira sondaje vesical y apósito quirúrgico.

A las 10:18 horas, la paciente presenta buen estado general y constantes normales. Dolor mal controlado con analgesia intravenosa. No lleva elastómero porque no le funcionaba correctamente, analgesia pautada cada 4 horas. A la exploración, presenta abdomen blando y depresible, útero bien contraído. Herida quirúrgica con buen aspecto. Loquios normales. Sin signos de trombosis venosa profunda. Se propone como plan terapéutico el iniciar elastómero y 2 ampollas de hierro intravenoso (Feriv) ese día y otras dos al día siguiente. Durante la visita, la paciente y su pareja le preguntan a la ginecóloga si puede ir a fumar. Ella misma les explica que no debería fumar, además tiene anemia importante por lo que no debe salir de la habitación.

A las 13:39 horas, Enfermería escribe en la historia clínica que la paciente refiere que plan de control del dolor no es efectivo; se encuentra llorando en la habitación pidiendo a su acompañante que por favor haga algo frente a la situación. Se comenta el caso con Ginecología, que indica la colocación de un nuevo elastómero.

La paciente pregunta a Ginecología si puede ir a fumar a la calle. Se le indica que no, debido a la hemoglobina que presenta. Cuando salen de la habitación enfermera y ginecóloga, refieren las compañeras de la planta de Obstetricia que la paciente se ha marchado diciendo que le han dado permiso. Cuando regresa, Enfermería vuelve a comentarle que no puede bajar a fumar. Se administran 2 ampollas de hierro intravenoso (Feriv) por orden médica.

A las 18:58 horas, la paciente se encuentra estable, afebril. Según refiere, presenta sangrado fisiológico, algo más que una menstruación. Precisa analgesia de rescate además de la bomba elastomérica para control del dolor. Lactancia materna a demanda.

El 21 de noviembre de 2021 a las 00:38 horas, la paciente presenta buen estado general. Se administró heparina de bajo peso molecular a las 00:00h. Solicita analgesia de rescate, se administra paracetamol intravenoso. Lactancia materna a demanda. Descansa en turno.

En el segundo día tras la cesárea, a la exploración presenta útero bien contraído, loquios normales, herida quirúrgica en buen estado, abdomen blando y depresible. Mamas lactantes normales. La pareja manifiesta su descontento con la evolución postparto. Desean alta a domicilio. La ginecóloga les explica que tiene pendiente la segunda dosis de hierro intravenoso. Tras la misma le harán control analítico con hemograma a ver qué tal está. Si todo está bien, le podrán dar el alta para irse esa tarde a su domicilio. Están de acuerdo.

El 21 de noviembre de 2021 a las 18:12 horas, en los resultados del análisis de sangre presenta Hb 7,3 g/dl (sin cambios). La enfermera le comenta a Ginecología que le han hecho análisis a la recién nacida por vómitos persistentes, pero que si todo está bien la pareja sigue con deseos de marcharse ese mismo día. La ginecóloga les comunica que, si finalmente Pediatría les da el alta, pueden avisarle para darle el alta a ella también, y si no, al día siguiente.

El 22 de noviembre de 2021 a las 08:23 horas, la paciente recibe el alta hospitalaria tras ingreso en Obstetricia.

El día 24 de noviembre de 2021, la paciente acude a Urgencias del Hospital Universitario del Sureste por dolor, aumento de volumen y

signos de inflamación en la mano derecha, en el lugar donde tuvo vía venosa periférica, la cual fue retirada 3 días antes. Niega traumatismo o fiebre. Se diagnostica: celulitis en mano derecha secundaria punción de vía venosa periférica, así como anemia de 8.2 g/dl secundaria a cesárea sin sangrado activo en el momento del diagnóstico. Como tratamiento al alta se aumenta la dosis de hierro oral (Ferplex 40 mg: 2-0-0). Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico.

El día 29 de diciembre de 2021, la paciente acude a consultas externas de Obstetricia donde se le entrega el resultado de la Anatomía Patológica de la placenta:

- Placenta monoorial monoamniótica, de peso por encima del p50 para la edad gestacional clínicamente referida (37+4 semanas), que muestra cambios hemorrágicos intervillarios y preplacentarios, con trombos periféricos organizados, compatibles con desprendimiento prematuro de placenta (abruptio) de tipo marginal crónico.

- Cordón umbilical trivascular, con hemorragia periarterial.

- Membranas ovulares sin alteraciones reseñables.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Consta que se notificó el inicio del procedimiento a los reclamantes y al Hospital Universitario de Torrejón.

El centro hospitalario respondió el 28 de febrero de 2022 indicando que la asistencia sanitaria se había dispensado en virtud del concierto con la Comunidad de Madrid y remitió la historia clínica y el informe de los servicios implicados en el proceso asistencial reclamado.

Así, se ha incorporado al procedimiento el informe conjunto de la jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia y de la supervisora del Área Materno-Infantil en el que señalan que han revisado la historia clínica con los jefes de los servicios de Pediatría y Anestesia, para analizar los potenciales incumplimientos de los protocolos de actuación relacionados con la reclamación patrimonial interpuesta y no han encontrado ningún desvío de los mismos, en todo momento se respetó 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, solicitando el consentimiento libre e informado, en relación a las actuaciones necesarias para preservar la vida tanto de la madre como de la recién nacida. Además, el informe da contestación a cada uno de los reproches realizados en el escrito de reclamación.

De igual modo, consta en el procedimiento el informe del jefe del Servicio de Anestesia y Reanimación que da contestación a los reproches que afectan a ese servicio.

Asimismo, consta un documento denominado resumen clínico de la historia de la recién nacida que carece de fecha y firma.

Con fecha 23 de mayo de 2023, la Inspección Sanitaria emite informe en el que, tras analizar la historia clínica de la reclamante, los informes incorporados al procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada se ha ajustado a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes y al Hospital Universitario de Torrejón.

Dentro del trámite de audiencia, formuló alegaciones el Hospital Universitario de Torrejón que, el 2 de agosto de 2023, manifestó su conformidad con el informe de la Inspección Sanitaria.

No consta que los reclamantes formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 19 de septiembre de 2023, se ha formulado propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir el requisito de la antijuridicidad del daño.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 20 de septiembre de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

A dicho expediente se le asignó el número 536/23, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

Estimándose que el expediente estaba incompleto, al amparo del artículo 19.1 del ROFCJA se solicitó la documentación correspondiente, con suspensión del plazo para la emisión del dictamen. El 17 de noviembre de 2023 se dio contestación a la solicitud formulada por este órgano consultivo, reanudándose el plazo suspendido.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 29 de noviembre 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 por solicitud de la consejera 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. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP).

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. De igual modo, ostenta legitimación activa la hija menor de los reclamantes, en cuanto a los reproches que le afectan de la asistencia sanitaria denunciada, actuando representada por sus padres al amparo de lo establecido en el artículo 162 del Código Civil.

En cuanto a la legitimación activa del otro reclamante, cabe señalar que no la ostentaría en cuanto a los daños que se reclaman que

vienen referidos al incumplimiento del plan de parto y a la asistencia sanitaria dispensada a la gestante, pues se trata de cuestiones que afectan estrictamente a esta. En este sentido cabe recordar la doctrina mantenida por el Tribunal Constitucional, así su Sentencia 66/2022, de 2 de junio (rec.6313/2019) en la que se señala que:

*“Todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1 CE), así como a su derecho a la integridad física (art. 15 CE). El derecho a la intimidad personal ‘se configura como un derecho fundamental estrictamente vinculado a la propia personalidad y que deriva, sin ningún género de dudas, de la dignidad de la persona que el art. 10.1 CE reconoce’ (STC 51/2011, de 14 de abril, FJ 8), y, por ello, es patente la conexión entre ese derecho y la esfera reservada para sí por el individuo, en los más básicos aspectos de su autodeterminación como persona (STC 143/1994, de 9 de mayo, FJ 6)» (STC 93/2013, de 23 de abril, FJ 9)”.*

Además, recuerda la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos según la cual *“dar a luz es un momento único y delicado en la vida de una mujer. Traer un hijo al mundo engloba cuestiones relativas a la integridad física y moral, a la atención médica, a la salud genésica y a la protección de las informaciones relativas a la salud. Estas cuestiones, comprendida la elección del lugar de alumbramiento, están pues fundamentalmente unidas a la vida privada de una mujer y conciernen a esta noción a los efectos del artículo 8 de la Convención”.*

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por el Hospital Universitario de Torrejón, en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de

los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actual en funciones de servicio público.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso, la asistencia sanitaria reprochada viene referida a la atención dispensada durante el proceso de parto que tuvo lugar el 19 de noviembre de 2021 y a la atención postparto en los días posteriores, por lo que no cabe duda que la reclamación, formulada el día 28 de enero de 2022, está presentada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado el informe de los distintos servicios implicados en el proceso asistencial del parto y el posparto en el Hospital Universitario de Torrejón, de acuerdo con lo previsto en el artículo 81 de la LPAC, también se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y se ha conferido el oportuno trámite de audiencia a los interesados. Finalmente se ha redactado la propuesta de resolución que junto con el resto del expediente ha sido remitido a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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 por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, 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 ésta 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 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

*«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una*

*responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc".*

*En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" ( STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).*

*En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).*

*En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia*

*sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.*

*A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.*

*En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».*

**CUARTA.-** Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, se reprocha el incumplimiento por el Hospital Universitario de Torrejón del plan de parto y nacimiento suscrito por la interesada, denunciando una larga lista de irregularidades que, a juicio de los reclamantes, se produjeron durante el proceso de parto acaecido el 19 de noviembre de 2021. Entre esos reproches, se menciona un supuesto retraso en la atención de la hemorragia que sostienen padecía la gestante y que desembocó en una cesárea emergente por desprendimiento de placenta.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la reclamación partiendo de lo que constituye la 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 se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017), que además señala que *“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 implicados en el proceso asistencial reprochado, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Supremo en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de mayo de 2021 (recurso 6479/2020) y el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 23 de diciembre de 2021 (recurso 980/2020). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria concluye en su informe que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis ad hoc*.



Entrando en el análisis de los reproches efectuados, y comenzando por el relativo a la falta de cumplimiento del plan de parto, cabe señalar que esta cuestión ha sido examinada con anterioridad por esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes 38/17, de 26 de enero, 519/23, de 5 de octubre y 572/23, de 24 de octubre, que a su vez citaban el Dictamen del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid 648/12, de 5 de diciembre, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid en el que se declaró:

*«Según el documento denominado “Estrategia de Atención al Parto Normal” elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el plan de parto es “un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas, sobre el proceso del parto y el nacimiento”. Según ese mismo documento el plan de parto “no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal” y además “no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento” pues pueden ocurrir circunstancias imprevisibles, que obliguen al personal sanitario adoptar las intervenciones más oportunas y “el resto de cuidados y buenas prácticas se seguirán realizando según las recomendaciones de las guías de evidencia y protocolos, así como de las preferencias expresadas por la mujer en su plan de parto”».*

En este mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 9 de junio de 2023 (recurso contencioso administrativo n.º 993/2021), el Plan de Parto no planifica el desarrollo del mismo, de manera que, si surgieran circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna, pidiendo el consentimiento de la paciente y actuando luego según las recomendaciones de las guías y protocolos.

Además, como tiene en cuenta la sentencia citada, *“las Recomendaciones sobre asistencia al parto de la SEGO, la seguridad y la salud de la madre y del feto son responsabilidad de los profesionales sanitarios a partir del ingreso hospitalario, y deben prevalecer sobre los deseos de aquella, máxime cuando el parto se ha medicalizado a partir de la anestesia epidural, ya que implica actuaciones necesarias para atajar los efectos no deseados de la anestesia sobre la evolución del parto, pudiendo provocar hipertensión arterial en la madre, braquicardia en el feto, disminución de la fuerza de pujo y de la intensidad y frecuencia de la dinámica uterina, lentitud de descenso en la presentación y prolongación del expulsivo, y aumentar la incidencia de partos instrumentales”*.

En el caso analizado, tal y como explica el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, se da la circunstancia de que la gestante acudió por primera vez al Hospital Universitario del Torrejón el 19 de noviembre de 2021, fecha del parto, siendo así que la gestación se había seguido en otros hospitales, de manera que fue en esa fecha cuando se tuvo conocimiento por primera vez del plan de parto de la interesada, cuando lo aconsejable es que dicho plan sea consensuado de forma anticipada con el equipo que va acompañar en el proceso, y en este caso, el referido plan, además, tenía varios puntos en contra de los protocolos asistenciales del centro hospitalario. En cualquier caso, como destaca el informe, *“se respetaron todos los deseos de la gestante respecto al mismo”*.

Por otro lado, tanto el informe de los servicios afectados como el de la Inspección Sanitaria realizan un minucioso examen de todo el proceso asistencial, tratando de dar respuesta a los múltiples reproches que se formulan en el escrito de reclamación.

Así, y siguiendo las consideraciones médicas del informe de la Inspección Sanitaria que respalda las contenidas en el informe de los

servicios implicados en el proceso asistencial, cabe destacar, en primer lugar, en palabras de la Inspección Sanitaria, que la primera atención en Urgencias “*fue correcta y acorde a la lex artis*”. En este sentido, se considera correcto que a la llegada a Urgencias se monitorizaran las constantes vitales (que eran normales) y se colocara RCTG. Asimismo, lo es, que se realizara exploración obstétrica y se cursara exudado vagino-rectal, todo ello con el consentimiento verbal de la gestante, según queda reflejado en la historia clínica. En cuanto a la no realización de PCR para SARS-CoV-2 (Covid19) que figuraba en el plan de parto, dicha previsión iba en contra del protocolo del hospital, y tal y como explica la Inspección Sanitaria, el plan de parto no puede contemplar la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas por la evidencia científica en el momento de la atención a las pacientes. En todo caso, tal y como queda reflejado en la historia clínica, la paciente y el acompañante aceptaron hacerse la prueba.

En cuanto a la asistencia durante el proceso de dilatación activa, cabe destacar las explicaciones ofrecidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia que subraya lo siguiente en contestación a los reproches de la reclamación:

*“Presencia de matrona en dilatación de forma continua: -El control de la monitorización materna y fetal se lleva a cabo fuera de la habitación, de forma centralizada. En nuestros protocolos no se contempla en ningún caso la presencia continua de una matrona en paritorio, ni siquiera en los casos de asistencia 1/1 (como es introducción en bañera). Es un recurso no contemplado por la Comunidad de Madrid en la asistencia al parto ni existe ninguna evidencia científica de que mejore la asistencia al parto de baja intervención.*

*Ofrecer inducción: por protocolo y dado el riesgo de sepsis neonatal y peor resultados obstétricos, debemos informar a los padres de que*

*la recomendación clínica y médica es la inducción del parto cuando se ha producido una ruptura prematura de membranas. El ocultar información científica y basada en la evidencia relevante, impide una correcta toma de decisiones. Es nuestra obligación informar y la paciente decide.*

*Tactos vaginales: la realización de tactos vaginales, en muchas ocasiones, requiere la presencia de 2 miembros del personal sanitario para su realización, la que la realiza y la que la asiste. Como digo, si se hubiera presentado el plan de parto de forma previa al ingreso, hubiéramos tenido la oportunidad de explicárselo más detalladamente y consensuar este punto. Se le pidió autorización para realizar todos los tactos vaginales, como de nuevo consta en la historia clínica”.*

También en relación con la fase de dilatación activa, cabe referirse al informe de la Inspección Sanitaria que califica la asistencia sanitaria dispensada como correcta. Así destaca que se realizó exploración obstétrica siempre bajo el consentimiento verbal de la paciente y en los momentos en los que el personal sanitario lo consideró necesario. Se monitorizaron las constantes vitales con frecuencia (la tensión arterial cada 15 minutos). Se realizó RCTG en 5 ocasiones desde su ingreso en Obstetricia (a las 06:06h) hasta las 11:18h. Se respetó el deseo de la paciente de canalizar vía venosa periférica en el momento preciso. Además, según explica, la paciente tenía una hemoglobina baja (algo frecuente durante el tercer trimestre de embarazo al existir una caída de la cifra de hemoglobina en un gran porcentaje de pacientes), por ello, tras firmar el documento de consentimiento informado, se solicitaron pruebas cruzadas ante la posible indicación de transfusión. También se administró anestesia epidural, tras la firma del documento de consentimiento informado y se explicaron signos de alarma por los que debería avisar. Todo ello conforme a la *lex artis*, según el informe de la Inspección Sanitaria.

En cuanto al sangrado vaginal, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia explica que puede ser debido a múltiples situaciones, en la mayoría de ellas no relacionadas con patología emergente y que la buena práctica clínica aconseja valorar el caso y observación estrecha y toma de decisiones en función de la evolución del mismo, estando preparados para cualquier complicación que pueda ocurrir. Sostiene que en este caso el protocolo se cumplió estrictamente. El caso fue valorado tanto por la profesional matrona como por el equipo obstétrico facultativo de guardia. Dada la situación clínica de bienestar fetal y la ausencia de otros signos, se decidió hacer un control estricto puesto que estaba en dilatación completa y era secundípara. Explica que incluso ante la sospecha de un pequeño abruptio, puede ser más rápido o seguro un parto por vía vaginal que por vía abdominal. No obstante, al detectar un sangrado más abundante y que el parto no era inminente, el equipo de guardia, decidió realizar cesárea emergente como mejor opción para salvaguardar la vida materna y fetal. La extracción fetal se produjo en menos de 7 minutos desde el diagnóstico y el pH arterial al nacimiento en cordón umbilical fue de 7.35, lo que indica que la extracción fue tan rápida que no se produjo sufrimiento fetal. Además, fue posible controlar la hemorragia severa que tuvo la reclamante como consecuencia de la atonía posterior al abruptio, y gracias a la coordinación de todos los equipos, obstétrico, pediátrico, anestésico, banco de sangre, reanimación y planta.

Además, el informe explica que se administró oxitocina como tratamiento de la hemorragia obstétrica no como conducción del parto. Y que esto fue necesario dada la emergencia vital, siendo también necesaria la administración de otros tratamientos para controlar la situación de hemorragia masiva, como fueron el ácido tranexámico, fibrinógeno y concentrado de hematíes. Explica que en este tipo de cesárea la prioridad es la rapidez en la extracción neonatal con

seguridad para la madre. En su caso se intentó llevar a cabo reforzando la anestesia epidural que tenía ya la madre, pero dada la situación de emergencia y la necesidad de actuar con rapidez para salvar la vida a ambas, el anestesista que asistía la intervención valorando la mejor opción para la paciente a tenor de las circunstancias administró finalmente anestesia general.

Las consideraciones expuestas son avaladas por la Inspección Sanitaria que destaca que la actuación expectante fue correcta ante monitorización satisfactoria, con observación estrecha, y también lo fue el momento de indicar la cesárea emergente ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, que después fue confirmada en el informe de Anatomía Patológica, la cual puede implicar graves complicaciones tanto maternas como fetales y se debe actuar lo más rápido posible. La atención durante la cesárea tampoco merece ningún reproche por parte de la Inspección Sanitaria, para quién todo el proceso se desarrolló conforme a la *lex artis*.

El informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia también da cumplida contestación a los reproches relativos a la falta de presencia del acompañante en la cesárea y a la falta de información reprochada. Así, explica que por protocolo de seguridad y ante las situaciones de emergencia vital, en cesáreas emergentes no está permitida la presencia de acompañantes en quirófano, pues pueden interferir en las actuaciones médicas necesarias. Respecto a la información, detalla que una cesárea emergente por abruptio no permite la comunicación con familiares hasta que no se completa la actuación, pues todo el personal disponible estaba implicado en la solución de la emergencia. En cuanto las doctoras salieron de la cesárea, se le informó de forma personal tanto de la situación de la madre como del recién nacido, en dónde estaba esperando, tal y como consta en el protocolo, para que tenga la intimidad necesaria y no tenga que estar en una sala de espera general. En ningún momento estaba encerrado y pudo abandonar si hubiera

querido la zona de paritorio. En cuanto se pudo, se le acompañó a la Unidad de Neonatos a conocer a su hija.

Por otro lado, tal y como consta en el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y es avalado por la Inspección Sanitaria, el abruptio placenta que sufrió la reclamante es una complicación severa que consiste en que la placenta se separa del útero antes de que se produzca el nacimiento, por lo que puede cesar el paso de oxígeno de la madre al feto, provocando asfixia perinatal, así como producir una grave hemorragia y complicaciones severas en la madre y el feto sino se actúa con los medios adecuados. Su etiología o causa, en el caso de la interesada, es desconocido e influyen muchos factores, sin que en muchos casos llega a saberse la causa origen. La pérdida sanguínea que fue provocada por el abruptio y la atonía posterior, así como la anestesia general, hicieron imposible la realización inmediata de piel con piel por parte de la madre. Por seguridad, tras una hemorragia obstétrica, se mantiene a la paciente en la zona de reanimación postquirúrgica, zona en la que no pueden estar presentes los acompañantes y en el que la interesada estuvo durante el tiempo habitual para este tipo de complicación.

En cuanto a la atención a la recién nacida, el informe de la Inspección Sanitaria también avala su corrección, destacando que precisaba reanimación neonatal tipo III (tal y como se llevó a cabo) al presentar esfuerzo un respiratorio lento e irregular y un índice de Apgar que indicaba la ausencia de bienestar total. Además, en el caso de la paciente, existían varios factores de riesgo para producirse sufrimiento fetal. La cuna de transporte conectada a presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP), que se pautó a la niña, según el informe, aumenta la capacidad residual funcional, evita el colapso alveolar al final de la espiración y, además, aumenta el intercambio gaseoso, con la mejora de la oxigenación. No obstante, puede ocasionar

secundariamente la acumulación de aire en el abdomen, por lo que se colocó una sonda nasogástrica a la recién nacida con el fin de intentar evitarlo, no para aspirar secreciones, ni lavados gástricos, como sostiene el escrito de reclamación. A las 2 horas de vida, se retiró el soporte respiratorio y la sonda nasogástrica, por la estabilidad clínica y analítica de la niña, y se decidió el paso a la planta de Maternidad con su madre.

Por otro lado, durante la estancia de la recién nacida en Neonatología, se le administró profilaxis ocular y de la enfermedad hemorrágica del recién nacido, bajo el consentimiento verbal del padre, lo que se considera correcto, al no precisarse su formalización por escrito, ya que no se trataba de procesos invasivos, y además no constar documentado que el padre no estuviera en uso de sus plenas facultades como aduce en el escrito de reclamación.

En cuanto a la atención a la madre tras la cesárea, respecto al control del dolor, tal y como consta en la historia clínica y refieren los informes médicos, durante el ingreso en la planta, se le administro morfina, Enantyum y paracetamol en un elastómero continuo y con analgesia de rescate, con indicaciones de más analgesia en caso de dolor. Según consta en la historia, se cambió el elastómero por dolor y se dio analgesia cuando la paciente la requirió. No consta que fuera desatendida en sus peticiones, siendo valorada por Enfermería en numerosas ocasiones a lo largo de la noche.

Por otro lado, como destaca la Inspección Sanitaria, se administró un solo concentrado de hematíes ya que la paciente presentaba bienestar clínico y no presentaba factores que hicieran considerar la transfusión de más. Según indica, tal y como se explica en la *“Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos”* de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular (SETS), la transfusión debe restringirse a las etiologías



que carecen de un tratamiento alternativo (por ejemplo: hierro) o tengan signos de hipoxia tisular. En el embarazo y parto, se recomienda restringir la transfusión de hematíes mientras la cifra de hemoglobina sea superior a 7 g/dL en los pacientes con anemia poshemorrágica que permanezcan asintomáticos, hemodinámicamente estables y con bajo riesgo de recidiva del sangrado. En el caso de la paciente se transfundió un concentrado intraparto y se administraron 4 ampollas de hierro intravenoso durante el ingreso. La hemoglobina al alta fue de 7.3 g/dl (superior a 7gr/gl). A su vez, se recomendó continuar tomando hierro oral tras el alta hospitalaria.

Por último, en cuanto a la celulitis que presentó la paciente, el informe de la Inspección Sanitaria explica que es una complicación frecuente tras la utilización de accesos venosos periféricos, y está ampliamente descrita en la literatura científica. Ocurre especialmente cuando se administran antibióticos beta-lactámicos, como es el caso de la paciente, que precisó tratamiento con ampicilina 2 gr y posteriormente cefazolina 2 gr (según el protocolo de pre-medicación ante cesárea emergente).

Por tanto, a la luz de lo expresado en los informes de los servicios implicados en la asistencia sanitaria reprochada, contrastados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada no merece ningún reproche, debemos concluir, que la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso se ajustó a la *lex artis* y que en todo momento prevaleció el bienestar y la salud de la madre y la niña.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis ad hoc* reprochada.

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

Madrid, a 29 de noviembre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 630/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 - Madrid