

Dictamen n.º: **134/24**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **14.03.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 14 de marzo de 2024, 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 Dña., en nombre y representación de su hija, menor de edad,, por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que las secuelas que padece la menor tras el parto son consecuencia de la deficiente atención sanitaria dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 3 de marzo de 2022, la primera de las personas citadas en el encabezamiento presentó en el registro electrónico de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaba una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria dispensada durante y tras el parto de la madre de la reclamante en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

El escrito relata que la madre de la reclamante acudió a Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón el día 11 de mayo de 2020 de madrugada, a las 02:59 horas, por disminución de los movimientos fetales desde esa misma tarde, sin sangrado ni fiebre y con dinámica uterina regular. Refiere que se trataba de una gestación pretérmino de 34+2 semanas.

La reclamación expone que la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal en Urgencias fue positiva, normal, y que la gestante quedó ingresada a cargo de la matrona. Según se afirma, fue monitorizada por la matrona a las 03:06 horas, observándose dos deceleraciones prolongadas, por lo que, a las 3:42 horas, avisaron a la ginecóloga de guardia *“que no acudió en persona para valorarme”*. El escrito sigue relatando que, posteriormente, se produjeron nuevas deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que la matrona avisó nuevamente a las 4:15 horas a la ginecóloga de guardia, que acudió a valorar el monitor, apreciando ligera hipertensión, pero sin tomar ninguna medida, indicando *“seguir vigilando”*. El relato continúa señalando que más tarde, ante una nueva alteración en la monitorización, la ginecóloga indicó un bolo de Atosiván intravenoso, que se administró a las 04:27 horas, pero sin valorar a la paciente ni el monitor. Se afirma que a las 4:32 horas se produjo una bradicardia de 6 minutos, de modo que la gestante fue valorada de nuevo por los facultativos, realizándose un tacto vaginal y una ecografía e indicando de nuevo vigilancia.

El escrito recoge que, a las 5:06 horas, se avisó de nuevo a la ginecóloga por sospecha de bradicardia, que se confirmó ecográficamente a las 05:16 horas, de modo que la ginecóloga indicó una cesárea urgente. La madre de la reclamante reprocha que hasta en 5 ocasiones se tuvo que avisar a la ginecóloga por alteraciones en el registro de monitorización, según consta en las anotaciones de la matrona, para que finalmente ordenase una cesárea urgente a las 05:09

horas, cuando se produjo una bradicardia fetal más grave y prolongada. Afirma que no comprende por qué tuvieron que esperar tanto tiempo a que pasara el fatal desenlace cuando ella les había dicho al ingresar en Urgencias que llevaba muchas horas sin sentir movimiento, reprochando una eventual desidia por parte de los sanitarios de Urgencias, especialmente de la ginecóloga. Indica que, si se hubiera intervenido antes su hija, no hubiese sufrido la asfixia fetal que desencadenó todos los problemas que tiene.

El escrito indica que la reclamante nació a las 05:26 horas en parada cardiorrespiratoria, precisando intubación, masaje cardiaco y adrenalina y recuperando el latido cardíaco a los 10 minutos de vida. Se afirma que existió asfixia fetal intraútero, de modo que se cumplen los criterios exigidos por la Asociación Española de Pediatría para establecer la relación entre las lesiones cerebrales y la asfixia durante el parto. La madre de la reclamante expone el diagnóstico al alta de su hija: asfixia perinatal con encefalopatía hipóxico isquémica moderada-severa, que ha producido lesiones neurológicas graves, relatando que ingresó en la UCIN por asfixia perinatal y que se inició hipotermia activa aproximadamente a los 30-40 minutos de vida, por asfixia perinatal con datos de encefalopatía hipóxico-isquémica moderada/grave, manteniéndola durante 72 horas conforme a los protocolos actuales.

La gestante refiere que, al ingreso de su hija en la UCIN “se trajeron cultivos de sangre y superficie frotis ótico, frotis conjuntival, jugo gástrico y analítica completa. Los análisis iniciales no mostraron signos de infección ...”. De igual modo señala que, al ingreso en Urgencias, a ella misma se le hizo un amplio estudio con cultivos de sangre y de diversas superficies para descartar una colonización/infección por estreptococo del grupo B, afirmando que todos los cultivos fueron negativos pero que, cuando su hija recibió el alta el 31 de julio, se emitieron los siguientes diagnósticos:

“Recién nacido pretérmino, 34 + 2 semanas de peso elevado para edad gestacional estimado 3000. Asfixia perinatal con encefalopatía hipóxico isquémica moderada-severa. Meningoencefalitis-ventriculitis tardía por Streptococo agalactiae. Empiemas frontales. Crisis convulsivas secundarias a meningoencefalitis por estreptococo. Ventriculomegalia. Portadora de Ommaya. Válvula de derivación ventriculoperitoneal. Sospecha de infección asociada a catéter...”.

En consecuencia, la madre de la reclamante afirma que, dado que todos los cultivos fueron negativos, la infección la tuvo que adquirir en el hospital tras el nacimiento.

El escrito afirma que, además, la menor padece una hipoacusia neurosensorial profunda en el oído derecho y severa en el oído izquierdo, por lo que es portadora de un implante coclear en el oído derecho y de un audífono en el oído izquierdo, y una hidrocefalia, por lo que llevó en un primer momento un dispositivo Ommaya y, finalmente, una válvula de derivación ventriculoperitoneal, por la que ha tenido que pasar por quirófano un total de 6 veces. De igual modo, se señala que la menor padece una afectación en la fascia temporal del nervio óptico de los dos ojos, sin poder diagnosticar cuáles serán las secuelas hasta que no sea capaz de comunicarse.

La madre de la reclamante concluye que “*aún no sabemos todas las secuelas psicofísicas que tendrá a parte de las ya diagnosticadas ya que tiene un retraso madurativo muy importante respecto a los bebés de su edad y, debido a su corta edad, aún está pendiente de valorar la evolución neurológica. Todo ello aparte de las múltiples cicatrices que tiene por todo el cuerpo*”.

El escrito señala que la menor precisa atención continuada por parte de un adulto y controles continuos en las consultas de Neurocirugía, Neurología, Neurofisiología, Neuroprotección, Otorrinolaringología, Logopedia y Oftalmología y que, tras la valoración

por el CRECOVI, tiene una discapacidad reconocida del 65% y dependencia en grado II.

La madre de la menor no determina el importe de la indemnización reclamada, y el escrito de reclamación se acompaña de una copia de la resolución de reconocimiento de la necesidad de atención temprana y del dictamen adjunto, también de una copia de la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad de la menor, así como de diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada (folios 1 a 51 del expediente). Posteriormente, mediante escrito presentado el 7 de marzo de 2022, se adjunta una copia de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil.

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

Se trata de una paciente, de 43 años en el momento de los hechos, gestante de 34 semanas y 2 días. No figuran en la historia clínica antecedentes personales de interés, prótesis mamaria bilateral con necesidad de recambio quirúrgico. Gestación por fecundación in vitro con donación de ovocitos. Control de embarazo en el área sanitaria (Centro de Especialidades Moratalaz) con normalidad. Ecografía de las 12 semanas normal, con marcadores de cromosomopatías negativos, placenta en cara anterior. Diabetes gestacional en tratamiento, necesitando dieta e insulina, derivada a Endocrinología, y revisiones en consultas de diabetes gestacional.

Informe ecográfico 2º/3º trimestre con gestación única normoevolutiva, ausencia de malformaciones fetales y biometrías correspondientes a la edad gestacional. Se indica implantación de placenta en cara posterior y fondo. Serología negativa para rubeola y toxoplasma positivo (IgG). No realizado el cribado para EGB

(estreptococo del grupo B – estreptococo agalactie o SGB), que se realiza entre las semanas 35 y 37 de gestación.

Acude a Urgencias Obstétricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 11 de mayo de 2020, a las 02:59 horas, por disminución de movimientos fetales en gestante >22 semanas, y dolor abdominal. Sin sangrado ni salida de líquido. Constantes vitales: temperatura 36.8°C, Tensión Arterial 110/57, 77 latidos por minuto. Se monitoriza a la paciente, realizando registro cardiotocográfico (RCTG) continuo.

El registro comienza a las 3:07 horas. Inicialmente se comprueba frecuencia cardíaca fetal positiva, con línea de base de unos 155 latidos por minuto (lpm), sin dinámica uterina asociada.

A las 3:28 horas, según RCTG, se produce un descenso que coincide con contracción en el RCTG; además se anota en el mismo que se cambia a la paciente a decúbito lateral izquierdo y derecho, objetivando una recuperación del registro a línea de base (155 lpm).

A las 3:43 horas, se objetiva por RCTG otro descenso, que dura menos de 3 minutos (de 3:43 horas a 3:45 horas), sin actividad uterina remarcable, que se recupera. A las 3:51 horas, hay anotación en el RCTG de que se avisa a ginecólogo de guardia para valorar el registro, constatándose la recuperación.

A las 4:10 horas, se produce un descenso, que vuelve a línea de base; a las 4:15 horas se registra nueva deceleración, recuperando línea de base con variabilidad normal, avisando a las 4:19 horas a Ginecología para su valoración. Se realizan cambios posturales, se realiza exploración uterina, con ligera hipertonia; se canaliza vía venosa periférica y se extrae sangre. Por orden médica, se pauta Atosiban, que se administra, según anotación en RCTG, a las 4:27 horas.

A las 4:32 horas, según consta en la historia clínica, se valora a la paciente por Ginecología de guardia, realizando anamnesis, tacto vaginal y ecografía, ordenando mantener RCTG continuo. A las 4:42 horas, se anota en el propio RCTG “*vista por gine de guardia*”. A las 4:44 horas, vuelve a la línea de base, registrándose una actividad variable, sin deceleraciones claras, con una media de 155 lpm.

A las 5:03 horas, se registran alteraciones en el registro, poco valorables por pérdida de foco, iniciando bradicardia mantenida a las 5:06 horas, que no vuelve a línea de base con medidas habituales. Se avisa nuevamente a Ginecología a las 5:08 horas, buscando foco fetal en diferentes posiciones por parte de las matronas. Se realiza ecografía a las 5:16 horas, constatándose bradicardia fetal según anotación en RCTG, de modo que se indica cesárea emergente por parte de los ginecólogos de guardia. Se avisa a Anestesiología de guardia a las 5:19 horas, y se realiza extracción fetal a las 5:26 horas, 10 minutos después de la constatación de bradicardia fetal.

Se administra a la madre tras el alumbramiento oxitocina (3 unidades y posteriormente se repite bolo), 0,2mg de methergin, con adecuada respuesta a la contracción uterina, según consta en la historia clínica. Se administran también 2 g de cefazolina, 450 mcg de fentanilo, 50 mg de ranitidina, 50 mg de enantyum y 1 mg de granisetron. Sin incidencias. Además, se ponen 4 comprimidos de cytotec vaginales en quirófano.

Se remite placenta a Anatomía Patológica para su estudio y se ingresa al recién nacido desde el inicio en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología (UCIN).

Se realizan a la madre analíticas de sangre en fecha, con ligera leucocitosis; serología para VIH y toxoplasma, así como exudado nasal para detección de SARS COV-2.

La recién nacida ingresa en la UCIN, procedente de quirófano, tras cesárea urgente por asfixia perinatal. Recién nacida pretérmino (3,4 + 2 semanas), de peso elevado para la edad gestacional (estimado,3000 gramos y 48 cm de longitud). Hipotónica, sin esfuerzo respiratorio y sin latido, se comienza masaje cardíaco, siendo intubada y se administra una dosis de adrenalina. Recupera latido. Llega intubada, con vena umbilical canalizada.

Se extraen cultivos de superficie y analítica completa según evolutivos. Se comienza desde el inicio con hipotermia terapéutica. En analítica inicial, no se muestran leucocitos, ni proteína C reactiva significativos. Se solicitan ecografía transfontanelar, abdominal y ecocardiograma, que se marcan como realizados en las hojas de evolución. Sin hallazgos en ecografía de abdomen; en la ecografía transfontanelar: “*aparente aumento de la diferenciación córtico-subdocortical a nivel supratentorial parietal y parasagital bilateral que pudiera corresponder con lesión de sustancia blanca. Índice de resistencia en arteria coronaria anómala con valores en límite alto y discretamente aumentados con valores entre 0.7-0.99*”.

Se repite ecografía transfontanelar a las 24 horas, el 12 de mayo de 2020, para ver evolución. Posible lesión de sustancia blanca bihemisférica posterior que, si se confirma posteriormente, indicaría lesión de establecimiento prenatal. Refuerzo de la pared ventricular de astas frontales, sin otros signos que sugieran ventriculitis.

Se realiza seguimiento estrecho de la recién nacida, con anotación de constantes vitales de manera estrecha, pauta de medicación, y cambios posturales o aspiración de secreciones entre otros en hojas de Enfermería. Inicialmente hipotensa, necesitando administración de dopamina, con ventilación mecánica, sonda vesical, dieta absoluta e hipotermia controlada. El 12 de mayo de 2020 se objetiva leucocitosis (15.800 leucos). Se anota en seguimiento que, inicialmente, no se

observan signos clínicos de infección, por lo que se le mantiene sin antibioterapia; se sacan hemocultivos y cultivos de superficie. Vigilancia neurológica estrecha, no detectando crisis de manera inicial.

Con fecha 14 de mayo de 2020, se comienza recalentamiento a las 6 horas, finalizando a las 13:30 horas.

El 17 de mayo de 2020, aunque hemodinámicamente estable, comienza con taquicardia sinusal de hasta 215 lpm. Dado que no mejora con analgesia (metamizol), se decide sacar muestra sanguínea para analítica con hemograma, PCR y hemocultivo. Leve acidosis metabólica, que no presentaba previamente, leucopenia y PCR elevada, por lo que se decide pautar antibioterapia empírica con amikacina y vancomicina. Episodios de desaturación brusca con bradicardia y rigidez, necesitando fenobarbital (antiepileptico). PCR en 24.2 y procalcitonina (PCT) en 75.49.

Empeoramiento progresivo, irritabilidad marcada y desconexión del medio, con hipotensión. Ante el empeoramiento, se decide intubación. Aviso de Microbiología, por crecimiento en hemocultivo de cocos positivos en cadena, suspendiendo el tratamiento con amikacina y añadiendo cefotaxima; se mantiene vancomicina y se canaliza vena femoral. Hemocultivo con aislamiento de *Streptococcus agalactiae*, grupo B (EAB), con antibiograma sensible a varios fármacos. Sospecha de meningitis bacteriana. Se solicita nueva ecografía transfontanelar, donde se visualizan hallazgos en relación con ventriculitis a valorar clínicamente. Posible lesión de sustancia blanca bihemisférica posterior. Aumento de los IR.

El 20 de mayo de 2020, se hace constar en informe de Microbiología de cultivo procedente de muestra de catéter vascular, sin recuento significativo de *Streptococcus agalactiae*, grupo B: “*recuento no*

significativo. Este resultado indica que este catéter no es el origen de la bacteriemia del paciente. Información de interés epidemiológico”.

Con fecha 21 de mayo de 2020, se realiza estudio de Neurofisiología clínica en relación con las crisis epilépticas, con hallazgos sugestivos de afectación bihemisférica. Se recomienda repetición.

Se realiza resonancia magnética el 26 de mayo de 2020, que objetiva hidrocefalia. Signos de ventriculitis con pus en el interior del sistema ventricular. Signos de inflamación leptomeníngea y efusiones subdurales laminares. Edema/ cerebritis inicial de la sustancia blanca supratentorial. Trombosis de algunas venas corticales en la convexidad. Infartos venosos hemorrágicos cortico-subcorticales parasagitales parieto-occipitales bilaterales. Signos que podrían corresponder a una laberintitis bilateral.

El 28 de mayo de 2020 se recibe el diagnóstico molecular del análisis de líquido pericárdico, con hallazgo de Streptococo agalactiae grupo B, sin presencia de otras bacterias, micobacterias u hongos. Cultivo estéril de muestra por catéter femoral el 29 de mayo de 2020. Se repiten análisis los días 1, 3, 6 y 8 de junio, sin resultados positivos. PCR en líquido cefalorraquídeo sin hallazgo de patógenos.

La recién nacida sale a cuidados medios el 5 de junio de 2020 con tratamiento con ampicilina y gentamicina iv. Portadora de omaya con extracciones cada 24 horas, con adecuada evolución citoquímica de LCR y cultivos durante el ingreso negativos. No precisa soporte respiratorio ni hemodinámico. Enteral exclusiva con LM.

Es valorada durante todo el ingreso por el Servicio de Microbiología clínica. Por dificultad importante en la canalización de vías periféricas y tras comentar la situación con Microbiología, el día 9 de junio se sustituye tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina por

Ceftriaxona iv, que finaliza el día 16 de junio tras completar 4 semanas de tratamiento por meningoencefalitis por SGB. Urocultivo negativo, muestra de sonda, el 11 de junio de 2020.

El 16 de junio de 2020 presenta empeoramiento clínico con regular estado general y empeoramiento del control de las crisis: varias crisis de rigidez generalizada con hipertonia mantenida. Estado postcrítico posterior, arreactiva. Menos conectada que en días previos. Patrón respiratorio alterado en las últimas 24 horas, con alteración de periodos de taquipnea superficial de hasta 90-100 rpm, que se alternan con bradipneas y apnea de pocos segundos de duración. Taquicardia mantenida en torno a 180-200 lpm, estando la paciente tranquila. Desaturaciones en relación con episodios de bradipnea, 82-84% Saturación O2, por lo que precisa GN con flujo de 2 lpm y FiO2 max de 30%. Afebril, con palidez cutánea. Se transfunde concentrado de hematíes. Canalización de silástico central el 17 de junio, para la administración de antibioterapia.

En controles analíticos persiste leucocitosis entre 20.000-28.000 y elevación de PCR hasta 30 mg/dl, con PCT normal. Se decide iniciar tratamiento antibiótico con vancomicina y amikacina el 17 de junio, se realizan de forma repetida ecografías cerebrales, ecocardiografía y ecografía abdominal, cultivos de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo. Se amplía el estudio para descartar infección por virus y hongos.

Mejoría clínica a los 4 días de iniciar el tratamiento con amikacina y vancomicina, así como el tratamiento con fenitoina. Sin aspecto séptico, frecuencia cardíaca normal y se retira oxigenoterapia. Mejoría de la alimentación, iniciando la alimentación por boca.

Con fecha 23 de junio de 2020, ante los hallazgos en una ecografía transfontanelar, con sospecha de colección purulenta cerebral, se comenta con Microbiología y se decide cambiar antibioterapia

manteniendo vancomicina (se suspende el 28 de junio), iniciando amfotericina B (se suspende el 1 de julio) y reiniciando tratamiento con ceftriaxona iv, dado que la posibilidad más probable es la reagudización o complicación de su meningoencefalitis severa por SGB.

En resonancia magnética cerebral realizada el 24 de junio de 2020, se confirma la persistencia del proceso inflamatorio meningoencefalítico por SGB, con pequeños empiemas a nivel frontal. Dada la importante afectación a nivel central del proceso infeccioso, se decide mantener ceftriaxona iv hasta el 15 de julio de 2020, pasando a tratamiento oral con levofloxacino dada la adecuada evolución clínica y neurológica, así como la mejoría en la resonancia magnética de control realizada el 13 de julio.

Dada la mejoría clínica, analítica y de imagen en resonancia magnética cerebral, y debido a la hidrocefalia persistente, precisando extracciones de omaya cada 24 horas, el 23 de julio de 2020 acude a quirófano para la colocación de válvula ventrículoperitoneal derecha, intervención que transcurre sin incidencias. Se realiza control posterior ecográfico y se coloca monitor de función cerebral, en el que no se objetivan crisis eléctricas. Trayecto de válvula y heridas quirúrgicas de buen aspecto.

Por indicación de Neurología se realiza TAC cerebral previa al alta el 30 de julio de 2020. Válvula de derivación ventricular con entrada frontal derecha y trayecto intraventricular en ventrículo derecho, foramen de Monro, III ventrículo, acueducto de Silvio y punta en IV ventrículo. Ventriculomegalia severa tetraventricular, con discreta disminución de tamaño respecto a la resonancia magnética del 13 de julio. Cavidades encefalomalácicas quísticas frontales bilaterales en relación con trayectos de válvulas de derivación. Áreas malácicas en sustancia blanca periventricular y cortical frontal izquierda ya visualizadas en estudio previo. Pequeño hematoma subdural subagudo

frontoparietal izquierdo, sin cambios respecto a la resonancia magnética previa.

Conclusión: recolocación de válvula de derivación ventricular con entrada frontal derecha y punta en IV ventrículo. Persiste ventriculomegalia severa tetraventricular, con discreta disminución de tamaño respecto a la resonancia magnética previa. Resto sin cambios.

Exploración al alta: peso 4.190 gramos (percentil 10); talla 53 cm. (percentil 10), perímetro craneal 36 cm (percentil 10). Buen estado general, buen color, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible. Sin masas ni megalias. Genitales normales. Caderas normales. Trayecto valvular adecuado. No fija la mirada ni seguimiento ocular, responde al ruido. Ligera hipotonía de extremidades, algo más de eje, pero responde a estímulos. Movimientos generales pobres. Sin asimetrías, reflejos presentes normales.

Diagnóstico principal: recién nacido pretérmino (34+2 semanas), de peso elevado para edad gestacional (estimado 3000 gramos).

Otros diagnósticos: asfixia perinatal con encefalopatía hipóxico isquémica moderada-severa. Meningoencefalitis-ventriculitis tardía por Streptococo agalactiae. Empiemas frontales. Crisis convulsivas secundarias a meningoencefalitis por streptococo. Ventriculomegalia. Portadora de Omaya. Válvula de derivación ventriculoperitoneal. Sospecha de infección asociada a catéter. Sospecha de celulitis. Colestasis multifactorial y afectación hepática, probablemente secundaria a tratamiento con valproico.

Con fecha 6 de octubre de 2020 es vista por Otorrinolaringología, siendo diagnosticada de hipoacusia neurosensorial profunda en el oído derecho y severa en el oído izquierdo, de modo que el 14 de octubre de

2020 se realiza implantación de prótesis coclear en el oído derecho y recolocación de la derivación ventricular peritoneal, en la misma intervención, para facilitar el implante coclear del lado derecho. Se pauta antibioterapia intraoperatoria, con cefotaxima iv (intravenosa), sin incidencias.

El 26 de octubre de 2021 acude a Urgencias por bultoma en la zona de reservorio de la válvula de derivación ventriculoperitoneal de 5 días de evolución, refiriendo irritabilidad asociada. En la revisión por Neurocirugía de guardia, se objetiva acúmulo de líquido cefalorraquídeo subcutáneo con reservorio que se deprime y rellena adecuadamente. Se pauta manejo conservador y revisión en 3 días.

Se realiza TAC craneal, con conclusión de dilatación tetraventricular no vista en estudio previo, visualizando extremo distal del catéter de derivación ventriculoperitoneal en el tercer ventrículo (intraventricular). Se realiza también radiografía del trayecto del catéter, que se informa sin hallazgos reseñables.

Se recambia dicha válvula de manera urgente, ante la sospecha de disfunción valvular, el 30 de octubre de 2021. Se realiza TC de control tras el recambio, sin descripción de alteración en el trayecto del catéter. Se describe neumoencéfalo postquirúrgico, con pequeños focos de hemorragia, y colección extracraneal rodeando el catéter y el reservorio valvular. Se realiza ventriculoscopia para revisión, sin hallazgos.

Con fecha 13 de noviembre de 2021 acuden nuevamente a Urgencias por inflamación alrededor de la válvula y vómitos de la paciente. Se realiza TC, con hallazgo de colección subcutánea en contacto con la válvula en su trayecto subcutáneo. Se realiza también radiografía de abdomen, con visualización del catéter adecuadamente posicionado. El reservorio valvular se deprime y rellena con normalidad, según consta en la historia clínica. Se anota en el informe buen estado general de la paciente; sin resultados de las pruebas complementarias

de sospecha de malfunción valvular inicialmente, se ajusta la presión de la válvula a nivel 3 (anteriormente en nivel 4), siendo dada de alta.

Acude nuevamente a Urgencias el 16 de noviembre de 2021 con sintomatología de vómitos. Se realiza nuevo TC para valorar malfunción, con hallazgo de leve aumento del tamaño del sistema ventricular como signo de hipofunción valvular. Se realiza cirugía de recambio del sistema de derivación ventriculoperitoneal.

La paciente permanece ingresada, con vigilancia constante. Inicialmente, pequeña dehiscencia de herida quirúrgica por donde fuga líquido cefalorraquídeo, por lo que se realiza sutura continua en tercio anterior de la herida. El 19 de noviembre de 2021 se interviene de forma urgente para revisión de válvula de derivación ventriculoperitoneal, con recambio de catéter y cierre primario de dehiscencia de herida, por salida continua de líquido cefalorraquídeo a través de la herida quirúrgica.

El 22 de noviembre de 2021, se revisa el estado de la derivación ventriculoperitoneal mediante una TC craneal, con importante mejoría de dilatación ventricular, sin signos de descompensación ni otras complicaciones importantes.

Consta en el expediente como fecha de última revisión de la menor por Oftalmología y Neurología Pediátrica el 16 de mayo de 2023. Niña de 3 años que presenta cierto retraso psicomotor, con marcha libre ligeramente atáxica en la exploración y se llega a conseguir carrera. Emite bisílabos, sin llegar a formar frases, y es capaz de obedecer órdenes sencillas. Portadora de catéter de derivación ventricular sin complicaciones actuales, con astas frontales de pequeño tamaño. Bien adaptada a su implante coclear. Recibe fisioterapia y estimulación continuas. Sin objetivación de actividad epileptiforme.

TERCERO.- Presentada 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 del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en lo que se refiere a la atención sanitaria dispensada tanto a la gestante como a su hija (folios 66 a 2073).

El 30 de marzo de 2022 emite informe el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón quien realiza un análisis, contesta los reproches de la reclamante a la luz de los datos que figuran en la historia clínica y refiere que “*recordemos que se trata de una gestación pretérmino (34+2 semanas) a la que no se ha administrado maduración pulmonar fetal previa (como recomiendan muchas guías clínicas ante todo feto con nacimiento por debajo de las 35 semanas de gestación), por lo que la extracción fetal inmediata hay que tenerla muy clara debido a los riesgos neonatales de la prematuridad tardía...*”.

Consta también en el expediente el informe emitido el 31 de marzo de 2022 por el jefe del Servicio de Neonatología del citado centro hospitalario, quien señala que la recién nacida, a los 6 días de vida, “*presentó empeoramiento clínico, con sospecha de infección, por lo que se recogieron cultivos y se inició cobertura antibiótica de amplio espectro. Informaron de hemocultivo positivo para Streptococo del grupo B, sensible a la antibioterapia empírica iniciada. Ese germen no se encuentra dentro del grupo de patógenos de adquisición hospitalaria, sino que es un colonizador habitual del tracto vagino-rectal materno, pudiendo causar en el recién nacido infecciones de transmisión vertical, aunque su manifestación clínica no sea precoz...*”.

Con fecha 29 de julio de 2022 emite informe la jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad del hospital, detallando las medidas correctoras implementadas en el citado centro sanitario como consecuencia de los resultados positivos de los diferentes cultivos ambientales realizados entre los meses de enero y octubre de 2020, adjuntando los diferentes partes de trabajo correspondientes al hospital materno infantil, en especial la 2^a planta, correspondiente a la zona de paritorios y a la UCI de Neonatología.

De igual modo, el 10 de agosto de 2022 el subdirector de Ingeniería informa que “*TECNOCONTROL SERVICIOS S.A.U. ... gestionó el mantenimiento de la climatización del Hospital Gregorio Marañón mediante contrato... Se evalúa la idoneidad de las actuaciones, una vez revisados los mantenimientos preventivos realizados por la empresa mantenedora de climatización, correspondiente al período de enero hasta junio del 2020, junto con los certificados de los filtros absolutos de Paritorios y Ucis, en las zonas de UCI NEO GRANDE Y UCI NEO PEQUEÑA y los 9 PARITORIOS, se concluye que los resultados son correctos en tiempo y forma*”. Asimismo, se adjuntan los registros diarios de limpieza de las UCIN.

A requerimiento de la Inspección Sanitaria, con fecha 10 de octubre de 2023 emite informe la jefa del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del centro hospitalario, señalando que, en cuanto a la solicitud de información relativa a la gestante por parte del Servicio de Responsabilidad Patrimonial, “*sobre si existe algún resultado o petición de Estreptococo del grupo B (Streptococcus agalactiae), le comunicamos que no consta en su historia clínica ni resultado ni petición*”.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la propia Inspección Sanitaria de 25 de octubre de 2023 que, tras analizar la historia clínica y los informes de los diferentes servicios del Hospital

General Universitario Gregorio Marañón, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la actuación sanitaria fue adecuada a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante mediante oficio de 20 de noviembre de 2023.

Consta en el expediente que la madre de la reclamante formuló alegaciones, a través de un escrito presentado el 18 de enero de 2024, en el que se ratifica en el contenido de su reclamación inicial y señala que “*en las pruebas radiológicas inmediatamente posteriores al nacimiento de mi hija, presenta un ph de 6,93, lo que ya indica presencia de encefalopatía hipóxico-isquémica. Por lo que, si posteriormente hay infección, la misma habría actuado sobre un cerebro ya dañado previamente por una tardanza en la indicación y realización de la cesárea...*”.

Finalmente, el 2 de febrero de 2024 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimaba la reclamación de responsabilidad patrimonial, al entender que la asistencia sanitaria reprochada se ajustó a la *lex artis*.

CUARTO.- El 21 de febrero de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 103/24 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 14 de marzo de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a 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, de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. 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), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La menor 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, por cuanto sufre las consecuencias físicas derivadas supuestamente de la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, contra la que se reclama.

En este sentido, si bien corresponde a ambos padres la representación legal de los hijos menores no emancipados, a tenor de lo

establecido en el artículo 162 del Código Civil, la reclamante actúa representada por uno sólo de sus progenitores, en este caso la madre, que habrá que presumir que obra con el consentimiento tácito del padre de la menor, de conformidad con el artículo 154 del mismo texto legal. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a la firmante del escrito de reclamación con la niña mediante copia de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto la reclamante dirige sus reproches contra un centro sanitario que forma parte de su red sanitaria pública, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En cuanto al procedimiento, al amparo de lo establecido en el artículo 81 de la LPAC, han emitido informe los servicios de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, así como el subdirector de Ingeniería del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Asimismo, se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria y, conforme a lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que realizó sus alegaciones en el sentido ya expuesto. Finalmente, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad, que ha sido remitida, junto al resto del expediente, a la 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 ningún trámite esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Es preciso hacer referencia de modo especial al plazo de presentación de la reclamación. Así, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, 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.

Como ya señalábamos en el Dictamen 236/21, de 18 de mayo en un caso similar, si bien el nacimiento de la menor tuvo lugar el 11 de mayo de 2020, podríamos determinar cómo momento inicial del cómputo la fecha en la que los padres obtiene un diagnóstico definitivo sobre la lesión que sufre su hija, con independencia de las eventuales secuelas, lo que tiene lugar, tras la realización previa de una TAC cerebral, cuando la menor recibe el alta en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 30 de julio de 2020.

En efecto, como tiene señalado el Tribunal Supremo en su Sentencia de 11 de abril de 2018 (recurso 588/2016) no es posible, por seguridad jurídica, dejar abierto el plazo de prescripción de forma indefinida.

En dicho sentido, la expresión “*desde la determinación del alcance de las secuelas*”, no exige necesariamente que el damnificado tenga que pasar, de hecho, por todas las fases o estados patológicos inicialmente previstos en el momento del diagnóstico. Por el contrario, si existe un diagnóstico que de una manera clara e inequívoca suministre al damnificado el cabal conocimiento de su enfermedad y de las secuelas o consecuencias que vayan a generarse, de tal modo que éste pueda hacerse una representación del alcance del daño padecido, no se justifica que el ejercicio de la acción pueda prolongarse en el tiempo sine die, a espaldas de toda cobertura legal.

Ante lesiones irreversibles, en general, y en concreto en aquellas que se producen en el parto, que no son susceptibles de curación, pero sí de tratamiento rehabilitador para procurar una mejor calidad de vida o limitar los efectos y atender a las complicaciones que las lesiones puedan ir desencadenando, es preciso atender al concepto de daños

permanentes. En este sentido la jurisprudencia ha venido recordando que el daño permanente no es sinónimo de intratable; ese concepto jurídico indeterminado alude a una lesión irreversible e incurable, cuyas secuelas quedan perfectamente determinadas desde la fecha en la que tiene lugar el alta médica, que no pueden confundirse con los padecimientos que derivan de la enfermedad susceptible de evoluciones en el tiempo (Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008) y frente a los que cabe reacciones adoptando las decisiones que aconseje la ciencia médica. Existe un daño permanente aun cuando en el momento de su producción no se haya recuperado íntegramente la salud, si las consecuencias resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo, por tanto, cuantificables. Por ello, los tratamientos paliativos (no curativos) ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, a evitar eventuales complicaciones en la salud o a obstaculizar la progresión de la enfermedad no enerva la realidad incontestable de que el daño ya se ha manifestado con todo su alcance (sentencias del Tribunal Supremo de 28 de febrero y 21 de junio de 2007).

Este concepto de daños permanentes ha sido objeto de especial consideración por el Tribunal Supremo en casos con evidentes analogías como el que nos ocupa, en el que se produce una hipoxia fetal severa con lesiones irreversibles que determinan un alto grado de discapacidad, siendo ejemplo de ello la Sentencia de 29 de noviembre de 2011 (Rec 4647/2009).

En el caso que analizamos, al igual que el que es objeto del recurso resuelto en la última de las sentencias citadas, el diagnóstico irreversible ya fue realizado a los pocos meses del nacimiento, obrando en el informe de alta del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de 30 de julio de 2020 el diagnóstico de encefalopatía hipóxica isquémica moderada-severa.

Sin embargo, pese a ser el diagnóstico irreversible perfectamente conocido en el año 2020, no es hasta el 3 de marzo de 2022, cuando la menor tiene casi 20 meses, cuando se formula por su madre la reclamación de responsabilidad. Además, cabe recordar que la reclamación se sustenta también en la supuesta existencia de una infección intrahospitalaria, acaecida durante la estancia de la menor en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón entre el 11 de mayo y el 30 de julio de 2020 y cuya eventualidad era ya conocida por la madre de la menor en el momento en que se produce el alta de la recién nacida.

A la extemporaneidad de la reclamación no empece que se declare un grado de discapacidad del 65% por Resolución de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid de 16 de junio de 2021, en tanto que esa resolución administrativa no hace sino valorar y constatar unas lesiones permanentes previamente determinadas en los informes médicos y aportados por los interesados, desplegando sus efectos en el ámbito de la protección social.

En ese sentido, la Sentencia de 29 de noviembre de 2011 (Rec 4647/2009) antes citada, recuerda que las resoluciones de minusvalía e incapacidad no sirven para interrumpir ni para hacer ineficaz el plazo transcurrido correspondiente a una reclamación de responsabilidad patrimonial. En posteriores sentencias de 9 de febrero de 2016 (Rec. 1483/2014) y 21 de abril de 2016 (Rec.3317/2014), incide en ello y señala que *“la declaración de incapacidad o invalidez permanente total es una decisión ya sea administrativa como judicial de revisión, llamada a desplegar su eficacia principalmente en el ámbito laboral y de previsión social y, en todo caso, presupone una previa verificación de todas las consecuencias del accidente. En otras palabras, tanto el informe*

médico...como la decisión administrativa...presuponen que las secuelas habían quedado definitivamente fijadas con anterioridad".

Por tanto, la reclamación de responsabilidad debe reputarse como extemporánea ya que, cuando se presenta el 3 de marzo de 2022, había prescrito la acción para ello.

CUARTA.- Al margen de apreciarse la prescripción de la reclamación, tampoco cabe considerar que existe daño antijurídico derivado de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

En efecto, como es sabido, en la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. En ese sentido la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4^a) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) lo recuerda al decir 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”.

En este sentido, cabe analizar los reproches formulados por la reclamante 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 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

Partiendo de lo señalado, entendemos que la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

Así, la Inspección Sanitaria argumenta de inicio en su informe que una de las complicaciones de los fetos grandes para la edad gestacional (macrosoma), como ocurre en el presente caso, es la asfixia perinatal, lo cual resulta más marcado en hijos de madres diabéticas, por el incremento de la utilización de oxígeno intrauterino por la hiperglicemia y la hiperinsulinemia.

De igual modo, respecto al supuesto retraso en la extracción del feto a la vista de las alteraciones en el registro cardiotocográfico, corrobora el criterio sustentado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al afirmar que “*en un feto pretérmino, es importante interpretar los trazados de FCF en contexto clínico e individualizar la actuación clínica considerando además del registro la situación materna, como la evolución y fase del parto (en este caso madre no presenta trabajo de parto ninguno); un feto pretérmino es un feto inmaduro aún, por lo que su extracción debe estar correctamente indicada para evitar complicaciones fetales posteriores, por lo que la no extracción de un feto por anormalidad inicial en el RCTG es acorde a práctica médica habitual y hay que individualizar los hallazgos y la situación, según protocolos y evidencias, para decidir la opción más adecuada ya sea la finalización del embarazo o no, según hallazgos*

”.

Por lo que respecta a la infección padecida por la recién nacida, que la reclamación considera que ha sido contraída en el ámbito hospitalario, la Inspección sanitaria también parte de la consideración de que el prematuro tardío tiene mayor riesgo de infección neonatal, ya que los anticuerpos maternos no se transfieren totalmente antes de la 37 semana de gestación.

En todo caso, y en cuanto al origen del foco infeccioso, la Inspección Sanitaria concluye que, tal y como queda reflejado en la bibliografía “*la transmisión por esta bacteria puede ser tanto en el*

momento del parto, como de manera intraútero de forma vertical, como perinatal de manera horizontal. Así mismo, no hay hallazgo de aislamiento de EGB en ningún catéter de manera concluyente en la historia clínica presente... En muchos partos prematuros, se desconoce si la gestante es portadora de Streptococcus agalactiae (SGB)), ya que aún no se ha realizado el cribado universal en estas edades gestacionales".

En este sentido, es preciso señalar que el cultivo vagino-rectal del SGB es una prueba de detección que se realiza a todas las embarazadas entre las semanas 35-37 de gestación, de modo que, según la Inspección Sanitaria, “el hecho de que no se haya cribado aún a la paciente, estando en su semana 34 de embarazo es acorde a la práctica médica habitual”. De igual modo, en cuanto a la propia recién nacida, se considera que, al ser una cesárea emergente, no es viable la maduración pulmonar del feto, así como administrar profilaxis antibiótica para un Streptococo agalactiae desconocido.

En definitiva, siguiendo el criterio médico de la Inspección Sanitaria y de los diferentes servicios del centro hospitalario que han informado al respecto, la encefalopatía diagnosticada a la menor no cabe atribuirla a la asistencia prestada por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, tanto en el parto como posteriormente, que no se considera inadecuada.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por estar prescrito el derecho a reclamar y, en todo caso, por no

apreciarse daño antijurídico atribuible a los servicios sanitarios públicos.

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 14 de marzo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.^º 134/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid