

Dictamen n.º: **638/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **17.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 17 de octubre de 2024, 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 Dña. y D., por los daños y perjuicios sufridos por la primera, que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en el parto, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1. Mediante escrito presentado el día 3 de marzo de 2023 en el registro de la Consejería de Sanidad, las personas arriba identificadas formularon reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria al parto dispensada a la interesada, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Relata la reclamación que, desde el mes de enero de 2022, encontrándose la interesada en la semana 32 de gestación, hubo de acudir en diversas ocasiones a las Urgencias hospitalarias, en fechas 21 y 22 de enero, 1, 4, 22 y 24 de febrero, por tener dinámica de contracciones, recibiendo el alta cuando se controlaba la situación y

permaneciendo entre tanto la afectada de baja y en reposo relativo y con suministro de progesterona.

Finalmente, la reclamante ingresó el día 12 de marzo de 2022, a las 18:17 h, por dinámica de parto y el mismo tuvo lugar el día 13 de marzo a las 02:22 h.

Afirman los reclamantes que, desde el ingreso, fueron varias las decisiones y/o prácticas equivocadas que adoptó el equipo de profesionales sanitarios que la atendieron durante el parto, *“cuestionadas por los reclamantes, aunque finalmente aceptadas, bien por desinformación o por miedo, puesto que, en un momento tan vulnerable, se confía en el criterio médico”-sic-*.

Consideran deficiente la asistencia dispensada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro a la gestante, al entender que por un incorrecto manejo del parto se le produjo una disección de la carótida interna izquierda.

Concretamente reprochan que se llevó a cabo un ingreso acelerado de la paciente, que se efectuó la rotura de la bolsa injustificadamente y que se le suministró indebidamente oxitocina, motivando la indicada complicación, de gravedad, que debutó con cefalea y síndrome de Horner.

Por todo ello, para el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados, solicitan una indemnización cuya cuantía no concretan.

Adjuntan a su reclamación diversa documentación médica -folios 1 al 42-.

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

La reclamante, de 40 años de edad en el momento de los hechos reclamados, presentaba como antecedentes personales y quirúrgicos de interés: padecer migrañas; presentar una hernia discal cervical C5-C6 diagnosticada en 2012; haber sido sometida con 24 años a una quistectomía de un endometrioma izquierdo y había sido también intervenida de fistulectomía anal.

La gestación que motiva las asistencias cuestionadas fue controlada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz -FJD-, donde con fecha 22 de diciembre de 2021 se informó de un diagnóstico de intolerancia a hidratos de carbono.

Fue atendida en las Urgencias Ginecológicas de dicho hospital el 11 de diciembre de 2021, con edad gestacional de 26+6 semanas, por dinámica uterina sin modificación cervical y el 22 de diciembre de 2021, estando de 27+3 semanas de gestación, por irritabilidad uterina sin acortamiento cervical.

Consta una nueva asistencia en las Urgencias Ginecológicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, anterior al ingreso para el parto, el día 4 de enero de 2022, con ingreso hasta el día 9 de enero de 2022. Se anotaron los siguientes datos: *«Gestante de 40 años, 30+3 semanas, Dinámica Uterina cada 5 minutos. Sin sangrado ni pérdida de líquido, con percepción de movimientos fetales y sin clínica miccional. Se menciona en Antecedentes Ginecoobstétricos “Gestación controlada en FJD en seguimiento en consulta en Consulta de Alto Riesgo por Intolerancia a Hidratos de Carbono. Múltiples asistencias anteriores por dinámica uterina sin modificación cervical”.*

Exploración: “Genitales externos y vagina (GE y V): normales. Flujo vaginal inespecífico. No restos hemáticos. Cérvix macroscópicamente sano. Tacto bimanual: útero acorde a amenorrea, no doloroso a

movilización ni a palpación en fondo uterino. Cérvix permeable a punta de dedo, formado. Cervicometría: 33mm.

Ecografía(Eco) abdominal: feto único en podálica, latido cardíaco +, movimientos fetales +, LA (líquido amniótico) normal. Placenta normoinserta.

Registro cardiotocográfico (: 80 minutos. Frecuencia cardíaca fetal basal 145 latidos por minuto. Ondulatoria normal. Ascensos presentes. NO deceleraciones. Dinámica uterina frecuente y regular percibida por la paciente como no dolorosa”. Reexploración: “Cervicometría: 16mm. Cérvix dilatación 1cm, consistencia media, borrado 50%. Eco abdominal: (igual a previo). Peso fetal estimado 1.719g”. Se decide ingreso por amenaza de parto prematuro. Se inicia maduración pulmonar con Celestone pauta larga y tocólisis con Atosibán, ambos a las 2.30 h del 5 de enero de 2022 y finalizados el 7 de enero de 2022».

Constan documentados los evolutivos durante el ingreso, hasta el día 9 de enero: “La paciente se mantiene estable durante el ingreso, con control analítico sin alteraciones. Avisa en ocasiones por dinámica uterina con cervicometría estable(26-28mm). A la alta dinámica uterina escasa, no percibida como dolorosa”.

Desde el referido ingreso por amenaza de parto prematuro, se instauró tratamiento tocolítico (Atosibán) y de maduración pulmonar (Celestone).

Posteriormente fue nuevamente atendida en Urgencias en diversas ocasiones, por dinámica uterina sin modificación cervical, en situación similar a la precedente. Constan asistencias los días 21 y 22 de enero de 2022 (edad gestacional 32+5 semanas), el 30 y 31 de enero y 1 de febrero de 2022 (34 semanas), el 4 de febrero de 2022 (34+5 semanas) y el 22 de febrero de 2022 (37 semanas). En esta última asistencia, dada la presentación podálica del feto -comprobada por ecografía- y en

ausencia de contraindicación, se realizó versión cefálica externa con éxito, cuyo control se efectúa a las 48h, verificándose estabilidad en presentación y en bienestar fetal por registro cardiotocográfico y sin clínica de dinámica uterina.

El día 25 de febrero de 2022, se contactó telefónicamente con la paciente para citarla el día 3 de marzo de 2022 para exudado vaginorectal y ecografía de 3^a trimestre.

El día 12 de marzo de 2022, la paciente acudió a las Urgencias Ginecológicas, anotándose que estaba de 39+5 semanas de gestación, con dinámica uterina cada 5 min. Y sin otra clínica gineco-obstétrica asociada. En el triaje se constató que presentaba cérvix en posición media, de consistencia media, permeable a 3 dedos y borrado un 50%. Posteriormente, el tacto vaginal era similar, pero con cérvix permeable a 3-4 dedos y borrado 80%. RCTG: 45 minutos. FCFb 140lpm, ondulatoria normal, ascensos presentes, no deceleraciones y dinámica uterina irregular con hasta 1 contracción cada 3-5 minutos, por lo que el juicio diagnóstico fue de “*parto en curso*”.

Se efectuó un parto eutócico el día 13 de marzo de 2022, a las 2.22h. La fecha y hora de la rotura de membranas –amniorrexis- tuvo lugar el día 12 de marzo a las 22.30h. Se produjo un alumbramiento dirigido, con anestesia epidural y episiotomía, sin desgarros y sin fiebre intraparto.

La recién nacida, tuvo sexo femenino y un test de Apgar 9/10, pH 7.24 y peso de 3. 540 gr.

Según consta documentado, en el documento de consentimiento informado para la anestesia epidural firmado por paciente el día 12 de marzo de 2022 -folios 1153 al 1157- constan reflejados los riesgos generales, en los que se detallan las complicaciones más frecuentes:

calambres; punción intravascular (paso del fármaco al torrente sanguíneo); analgesia insuficiente; repunción y punción intradural. También se indica que, puede producir cefaleas; punción dificultosa o imposible de realizar; temblores; náuseas y vómitos; picores; disminución movilidad de las piernas; dolor de espalda; disminución de la tensión arterial; retención orina; aumento del parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátula); complicaciones raíces nerviosas (excepcionales). complicaciones infecciosas (excepcionales); rotura de aguja o catéter y reacciones alérgicas extraordinarias, precisando que los expertos desaconsejan la realización sistemática de pruebas de alergia.

En el evolutivo de puerperio, la paciente refiere según registro evolutivo del 13 de marzo de 2022, a las 11:37 h, pérdida de fuerza en el miembro inferior derecho, con recuperación, pero con persistencia de pérdida de la sensibilidad, remitiéndose a la valoración por Anestesia.

Posteriormente consta en la misma fecha, a las 12.39h, que la paciente refiere bloqueo motor del miembro inferior derecho, con mejoría, anotándose que puede deambular y con persistencia de parestesias e hiposensibilidad en la cara interna del miembro inferior derecho, todo ello en proceso de valoración por el Servicio de Anestesia.

A las 13.11h consta: *“Nos avisan por hiposensibilidad y ligero bloqueo motor MID...Colocación catéter epidural sobre las 23.55, nivel L3-L4. Durante punción, paciente refiere haber notado parestesias hacia MID. Primer intento hemático. Durante la perfusión anestesia epidural, más bloqueo sensitivo motor de MID. Por la mañana en planta, más bloqueo motor con parestesias sobre todo cara interna MID dificultando deambulación. El cuadro ha ido mejorando progresivamente. Realiza micción espontánea sin problemas. No lumbalgia. EF: hiposensibilidad cara interna muslo derecho y cara anterointerna por debajo rodilla derecha. No bloqueo motor en el momento de la exploración. Deambula,*

refiere molestia por la hiposensibilidad. No dolor palpación lumbar, no hematoma”.

La posterior valoración se efectuó del mismo día 13 de marzo de 2022, a las 17.53 h, refiriendo la paciente mejoría y una recuperación completa de su clínica sensitiva y motora.

Se procedió al alta el 15 de marzo de 2022, a las 09:51h con estabilidad hemodinámica, afebril, dolor controlado, exploración ginecológica acorde a puerperio fisiológico y resolución de afectación sensitivo motora, en el miembro inferior derecho, postanestésica.

El día 26 de marzo de 2022, acudió a Urgencias por cervicalgia y cefalea desde parto. Además, presentaba la caída del párpado izquierdo, anotándose que su hijo pequeño tenía conjuntivitis los días previos. La exploración física y neurológica denotó: *“Pupilas isocóricas y normorreactivas (PICNR). Movimientos oculares externos(MOES) conservados y simétricos. Pares craneales (PPCC) conservados y simétricos. Ojo izquierdo(OI): Aparente caída de párpado izquierdo con enrojecimiento del mismo. Aparente enrojecimiento de conjuntiva tarsal de OI. Cierre palpebral completo”.*

El diagnóstico fue de sospecha de conjuntivitis y se realizó una interconsulta a Oftalmología, en cuya asistencia se anotó: *“Biomicroscopía (BMC): edema palpebral de OI, hiperemia bulbar+, reacción folicular tarsal, córnea transparente, FL (fluoresceína) –, BCA, no Tyndall. No pseudomembranas. JC: probable conjuntivitis aguda en OI”.*

Las posteriores asistencias fueron efectuadas en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz –HUFJD–.

Así, fue atendida Urgencia, el día 28 de marzo de 2022, anotándose: *«Acude a Urgencias por cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por dolor hemicraneal izquierdo que se ha*

exacerbado posterior a un masaje con el fisioterapeuta en la zona del cuello el viernes, desde ese día comenta que nota ptosis izquierda. No refiere amaurosis fugax”. No otra clínica asociada. EF: ...Glasgow 15/15. Consciente y orientada en las 3 esferas, alerta. Lenguaje presente, fluido y coherente. Pupilas anisocóricas, Pupila OI ligeramente más miótica. Movimientos oculomotores normales, no nistagmus. Ptosis OI. Fuerza y sensibilidad conservadas en todas las extremidades. Marcha normal. No disimetrías ni disdiadococinesias. Tomografía axial computerizada (TAC) craneal sin contraste intravenoso(CIV) es informado “sin signos patología aguda intracraneal”.

Mediante interconsulta a Oftalmología, se diagnosticó a la paciente un síndrome de Horner izquierdo y se efectuó petición TAC del 28 de marzo de 2022 a las 15.44h, con las siguientes indicaciones: *“Mujer 40a. Puérpera. Cefalea hemicraneal izquierda de 1 semana de evolución. Ptosis y miosis con anisocoria reactiva unilateral”.*

También se cursó una solicitud de angioTAC, a las 18.27h, señalando: *“Paciente de 40 años puérpera de 2 semanas con cefalea hemicraneal izquierda que empeora desde masaje en cuello el día viernes 25. Ptosis y miosis a la exploración NRL. Descartar disección carótidea”.*

El AngioTAC de troncos supraaórticos, objetivó hallazgos compatibles con la disección de la arteria carótida interna izquierda en su segmento cervical distal.

Como conclusión de esa asistencia a cargo del Servicio de Neurología de guardia, se anotó: *“Mujer de 40 años, con antecedentes de parto vía vaginal, complicado con hematoma uterino sin otras incidencias. No tratamiento habitual. Acude al servicio de Urgencias por ptosis del OI, visión borrosa d 48h evolución en contexto de cefalea hemicránea izquierda de 10 días evolución. Según refiere paciente, el día 13 de marzo de 2022 dio a luz vía vaginal en un parto sin complicaciones. Posterior al parto desarrolla una importante contractura en musculatura paravertebral*

cervical por lo que acude a fisioterapia en varias ocasiones que realiza masajes con importante intensidad localizados en la zona. Desde la primera sesión del 18/3/22 comienza con dolor cervical izquierdo irradiado hacia hemicráneo izquierdo, de cualidad pulsátil sin focalizada neurológica asociada. La última sesión la tiene el 25 de marzo de 2022.

El 26 de marzo de 2022 al levantarse objetiva caída del párpado del OI y de manera progresiva a lo largo de la tarde, dificultad para enfocar con visión borrosa asociada. Niega otra clínica de focalidad neurológica asociada. Niega que los masajes incluyeran manipulación cervical brusca. Es valorada en policlínicas y por parte de Oftalmología de Urgencias, que describen anisocoria mayor en condiciones escotópicas, miosis reactiva del OI, no defecto pupilar aferente relativo(DPAR)ni alteraciones de MOEs y ptosis de OI por lo que solicitan valoración”.

Exploración NRLG: “Funciones superiores conservadas. Campo visual(CV)conservado. Pupilas no valorables por midriasis farmacológica. MOEs sin restricciones. Ptosis de OI. Quinto par (V) sensitivo y motor conservado. No asimetría facial. Motor, sensibilidad y coordinación sin déficits”.

La paciente estuvo ingresada en Neurología del HUFJD entre el 28 de marzo y el 4 de abril de 2022, siendo objeto de diversas asistencias y estudios, en los que se documentaron los siguientes datos: «*Exploración neurológica: ‘Ptosis y miosis reactiva izquierda e hiperreflexia generalizada sin respuestas patológicas’. Resto normal’.*

Ecocardio y Doppler renal del 31 de marzo de 2022, ambos dentro de la normalidad.

Doppler TSA e intracraneal(IC) del 1 de abril de 2022: “probable trombo en relación con disección ACI izquierda postbifurcación, con flujo

distal conservado. Resto del estudio carotídeo e intracraneal sin alteraciones”.

Angio TAC TSA 2 de abril de 2022: ‘Diseción ACI izquierda sin cambios significativos respecto a estudio previo.

Durante el ingreso, evolución favorable con mejoría clínica, persistiendo ligero déficit visual en OI y leve ptosis, miosis y cefalea. Ante lo cual, se procede al alta con diagnóstico de: “Diseción de la arteria carótida interna izquierda espontánea en relación con parto vaginal/ Síndrome(Sd) Horner secundario a lo anterior».

Fue objeto de revisión neurovascular posterior el día 11 de abril de 2022, anotándose: «desde alta paciente refiere un episodio de cefalea hemicraneal intensa, en contexto cuadro febril intercurrente filiado como viriasis. Además “cierta hiperalgnesia hemicraneal izquierda, que llega a ser alodinia si tiene cefaleas”. Mejoría global cefaleas, con control analgésico con un paracetamol diario. Buen control tensional. EF: “Horner izquierdo en mejoría, ahora con ptosis 1mm. Hiperalgnesia hemifacial izquierda con patrón trigeminal”. Resto normal. Doppler de control (estudio neurosonológico: carotídeo, IC y Órbita): “ACI izquierda permeable en su segmento insonado. Estudio IC sin alteraciones. Arterias oftálmicas simétricas, ortodrómicas, buen flujo”.

Se contraindican manipulaciones y movimientos cervicales en hiperextensión».

La siguiente revisión neurovascular fue efectuada el día 15 de junio de 2022, significando: «Referida mejoría clínica, con cefalea ocasional similar a previas, a evento con requerimiento analgésico de un Paracetamol semanal. Buen control tensional. EF: “muy leve asimetría pupilar con miosis reactiva izquierda, y mínima ptosis palpebral izquierda que cubre justo el borde superior del iris”. Resto normal.

Angiografía de TSA con resonancia Magnética: Mejoría radiológica respecto a control previo, con recuperación del calibre de trayecto cervical de la arteria carótida interna izquierda, en la actualidad próximo a normalidad. No se evidencian otras alteraciones significativas
Diagnóstico: “Disección ACI izquierda espontánea en paciente con antecedente inmediato de parto vaginal. Resuelta».

En esa asistencia recibió la recomendación de efectuar incorporación progresiva a la actividad física normal, evitando excesiva flexoextensión o giro cefálico, así como deportes de contacto.

En revisión neurovascular del 19 de septiembre de 2022, se anotó: «Ausencia de clínica deficitaria focal. Incorporación laboral hace 2 semanas. Desde entonces, casi diariamente episodios cefalea holocraneal, opresiva, frontal, agudizado con estrés, sueño (Lactancia materna interferencia con descanso nocturno). No analgesia.

Eco Doppler TSA: “Pulso rítmico: ambos ejes carotídeos permeables, sin evidencia de lesiones de pared arterial. Flujos ortodróxicos con velocidades normales”. Diagnóstico igual a previo».

En otra revisión neurovascular del 5 de enero de 2023, se constató a través de formulario la buena situación clínica de la paciente, con cefalea ocasional reactiva a sueño o estrés. Anotando en el mes previo, cefalea diaria unos días, sin aparente desencadenante con respuesta a paracetamol.

El día 10 de marzo de 2023, se le efectuó una angiografía y RMN, que reflejó la recuperación del calibre normal de arteria carótida interna y, desde entonces las asistencias mostraron una recuperación muy evidente, siendo descartada alguna patología aguda intracaraneal, pese a presentar alguna cefalea, con respuesta a 2 dosis de paracetamol.

Constan otras asistencias y revisiones, con inclusión de pruebas diagnósticas, en las fechas 15 de marzo de 2023, 12 y 31 de enero, 1, 15 y 22 de febrero de 2024. En tales consultas se ha obtenido el diagnóstico de *“migraña con y sin aura, periodicidad frecuente en paciente migrañosa con antecedentes de- Disección carotídea izquierda espontánea en paciente con antecedente inmediato de parto vaginal; Síndrome de Horner izquierdo secundario a lo anterior. Recomendación de calendario cefalea y nueva revisión en 6 meses con prueba de imagen”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

El día 10 de marzo de 2023, se comunicó la incoación del procedimiento a los reclamantes, con su normativa rectora y el sentido desestimatorio del eventual silencio, si no se resolviera en plazo de 6 meses. Con igual fecha y aun cuando no fueran cuestionadas, se solicitó al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz la remisión de la historia clínica relativa a las asistencias dispensadas a la reclamante, para un completo conocimiento de los hechos -folios 43 al 46 del expediente-.

Además, el día 5 de abril de 2023, se comunicó la existencia del procedimiento a la aseguradora del SERMAS.

A continuación, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la interesada en el Centro de Salud Casa de Campo, de Madrid; la posterior al parto dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz -folios 50 al 1006-; la del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda -folios 1007 al 1160- y el informe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital últimamente citado, de fecha 27 de marzo de 2023 -folios 1162 y 1163-.

El informe referido repasa las asistencias y, en cuanto al primer reproche de la reclamación, sobre la asistencia del 4 de enero de 2022, señala que, en esa asistencia se decidió el ingreso de la paciente y permaneció sometida a control hospitalario entre el 4 y el 9 de enero de 2022, con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, recibiendo medicación para propiciar la maduración pulmonar fetal y tocólisis, recibiendo luego el alta al domicilio, con controles en consulta de alto riesgo. Añade que fue valorada hasta en 6 ocasiones más en Urgencia, por contracciones, sin precisar nuevo ingreso posterior e, incluso, el día 22 de febrero de 2022, se le realizó versión cefálica externa exitosa, por encontrarse previamente el feto en presentación podálica y de esa forma, el feto permaneció en cefálica hasta el parto.

Respecto al ingreso del día 12 de marzo, a las 18:00h, se explica que en ese momento la gestante estaba de parto -con dilatación de cérvix de 4 cm y dinámica irregular- y que, lógicamente a nadie se le obliga a ingresar, pero se le recomienda, porque hay que realizar una analítica para la valoración del anestesiólogo, previamente a la administración de la anestesia epidural, si la paciente la desea.

Se explica que, la rotura de la bolsa se demoró hasta las 22:30 h (4 horas y 30 minutos después del ingreso), dado que no se había producido variación en la exploración y al ser esa la forma más natural de acelerar el parto y destaca que, lógicamente y como siempre, se informó a la paciente de las razones de esa práctica y que podía haberse negado, si lo hubiera deseado.

En cuanto al tercer reproche, sobre la oxitocina, se explica que, a las 0:45 h del 13 de marzo de 2022, 2 horas después de la rotura artificial de membranas, se inició administración de oxitocina a dosis de 2 miliunidades por minuto, y al no conseguir dinámica eficaz se aumentó la dosis a 4 miliunidades por minuto a la 01:45 h (1 hora después de la dosis previa).

Se administró anestesia epidural a las 23:30 h a dosis baja, ya que la paciente no deseaba anestesia completa, según consta en el formulario del anesthesiólogo y se le administró 1 bolo adicional de anestésico por catéter epidural a las 1:46 h.

En relación al expulsivo, se indica que, en el lapso de los últimos 30 minutos previos al nacimiento, la paciente presentó 10 contracciones reflejadas en la traza de monitorización.

El puerperio transcurrió con normalidad, con recuperación tardía de la sensibilidad en el miembro inferior derecho, 13 horas después del parto, siendo entre tanto valorada por el anesthesiólogo en 2 ocasiones, a las 13 y a las 17 del 13 de marzo de 2022 y fue dada de alta el 15 de marzo, sin datos patológicos.

Por todo lo expuesto, el informe concluye que tanto en las asistencias previas, como durante todo el desarrollo del proceso del parto, las asistencias se acomodaron completamente a la *lex artis* y añade que: *“el problema de disección de la carótida interna izquierda, debería relacionarse más con las 3 sesiones de fisioterapia que recibió la paciente tras el parto (en la literatura están descritas estas lesiones con la manipulación dorso cervical), que de las prácticas que se realizaron en el parto, todas ellas ajustadas a la lex artis”*.

Con fecha 4 de marzo de 2024, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos en el curso del procedimiento y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que la asistencia dispensada a la reclamante fue acorde a la *lex artis* -folios 1214 al 1231-

El 3 de junio de 2024, se notificó a los reclamantes el preceptivo trámite de audiencia. No consta que formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 30 de julio de 2024, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la mala praxis denunciada.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de agosto de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 577/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión señalada en el encabezamiento de este dictamen.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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 reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche; *sensu contrario*, no se considera que su pareja tenga legitimación para ello, al tratarse de una reclamación por daños personales.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 3 de marzo de 2023, reclamando por la asistencia en el parto, que tuvo lugar

el día 13 de marzo de 2022, por lo que en cualquier caso la reclamación estaría formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia cuestionada: el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la madre y se le ha conferido trámite de audiencia, sin que conste la formulación de alegaciones por su parte. Finalmente, se redactó la propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite 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 y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de

responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor; y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 CA, 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes cuestionan la asistencia sanitaria dispensada a la gestante en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, durante el parto, considerando que, como consecuencia de la misma, desarrolló una disección de la carótida interna izquierda.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, 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”*.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento ninguna prueba de los reproches de mala praxis anteriormente enunciados. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*. Respecto a ello, cabe destacar la especial relevancia que solemos otorgar al informe de la Inspección Sanitaria, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras].

Como hemos visto en los antecedentes, la asistencia durante el parto se desarrolló en este caso, con absoluto sometimiento a una adecuada praxis médica, habiendo preparado la oportuna presentación cefálica del feto y acompañando a la gestante durante el proceso de la dilatación y el expulsivo, tan pronto como se constató que existía dinámica uterina y que se había producido el comienzo del parto. Durante su desarrollo, además, consta documentado que se aplicó a la interesada la anestesia epidural, de acuerdo con sus necesidades y conforme a sus indicaciones previas -además de contar con el oportuno documento de consentimiento informado al efecto-; que se le suministró oxitocina, también de conformidad con las necesidades médicas y que se

rompió la bolsa amniótica para propiciar el desarrollo más ágil del parto, cuando ello se hizo preciso.

La reclamante pretende que, no obstante, el daño que sufrió posteriormente resulta ser una consecuencia del desarrollo del parto, sin ofrecer ninguna explicación técnico-médica y basando sus reproches en su simple relación temporal.

Sin embargo, tal y como hemos indicado en dictámenes como el 227/17, de 1 de junio o el 14/19, de 7 de enero, tal argumentación ha de rechazarse por cuanto incurre en la denominada falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*.

Sobre esta cuestión, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 26 de noviembre de 2015 (recurso 776/2013) afirma que: *“Si es verdad que una causa precede a un efecto, no siempre lo es que un hecho anterior sea la causa de otro posterior. Se conoce tal modo de argumentar como falacia post hoc ergo propter hoc. Aparte de esa relación temporal necesitaríamos un medio de prueba que nos dijera y nos convenciera de que la mejoría del recurrente se produjo precisamente por el abandono de la medicación y no por cualesquiera otras circunstancias”*.

De ese modo, observamos que en este caso, los reclamantes no solo no prueban que haya una relación causal entre el desarrollo del parto y la disección de la arteria carótida interna de la gestante sino que rechazan las explicaciones ofrecidas por la Inspección Sanitaria, según las cuales la explicación más plausible de cuál fuera la causa de esa disección se encontraría en cierta manipulación cervical que la paciente recibió los días inmediatamente posteriores al parto, según relató la propia afectada y consta oportunamente documentado.

Así, como analiza la Inspección Sanitaria, conforme a la literatura científica, la disección de la arteria carótida interna puede aparecer de

forma espontánea o en el contexto de determinados escenarios, entre los que se incluyen el parto/periparto y también la manipulación cervical.

Trasladando lo expuesto al concreto análisis de este supuesto, resulta poco coherente aunar en la presente reclamación el reproche del empleo de técnicas durante el parto conducentes a minorar los esfuerzos maternos y agilizar el parto -la anestesia epidural, la rotura de la bolsa y la aplicación de oxitocina- y, a la vez, pretender que se hubieran producido esfuerzos extraordinarios que propiciaran la rotura de la arteria carótida interna, afirmando que ello se debió al incorrecto proceder de los servicios médicos durante el parto, puesto que en otro caso se trataría de un daño carente del reproche de la antijuridicidad.

De otra parte, observamos que, en el desarrollo de los acontecimientos, en este caso se produjo un elemento que rompió el eventual nexo causal entre el daño y las asistencias sanitarias, como fueron ciertas asistencias de fisioterapia, consistentes en la manipulación cervical de la paciente, desarrolladas entre los días 18 y 25 de marzo de 2022, que resultan ser los antecedentes inmediatos de los síntomas de la disección.

Efectivamente, en los informes de asistencia hospitalaria ante clínica de cervicalgia, cefalea y Horner de la paciente, ya se registra en la anamnesis recogida en el informe del 28 de marzo de 2022 en HUFJD, el antecedente de la sesión de fisioterapia del 18 de marzo de 2022, a partir de la cual la cervicalgia izquierda inicial irradió a hemicráneo ipsilateral sin focalidad neurológica y que, además, a partir de la última sesión del 25 de marzo de 2022 y, en concreto al día siguiente, se detectó la ptosis palpebral del ojo izquierdo con visión borrosa asociada, que presentó la paciente.

La valoración previa por el Neurólogo de guardia también menciona en anamnesis la referencia por parte de la paciente de haber recibido

“*masajes con importante intensidad*” en la zona de cierta contractura cervical y en el informe de petición de angioTAC, se detalla el empeoramiento de la clínica de la paciente a raíz de masaje cervical previo. A partir de esta atención y dados los hallazgos en la prueba de imagen, se cursó el ingreso en la Unidad de Ictus en Neurología.

Por lo expuesto y considerando que el proceder asistencial del parto eutócico desarrollado en este caso fue acorde a principios y criterios de evidencia científica y se acomodó a la *lex artis ad hoc*, la atribución de la causalidad entre el parto y disección carotídea, es tan sólo una de las posibilidades, ante la concurrencia de otros posibles desencadenantes como pudiera haber sido la manipulación cervical, por lo que considera esta Comisión Jurídica Asesora que no ha quedado establecida la necesaria relación causal entre el daño y el servicio público y, en consecuencia, la responsabilidad patrimonial pretendida debe ser desestimada.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria dispensada durante el parto y no haber quedado establecida la necesaria relación causal entre el daño sufrido por la gestante y el servicio público

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 17 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 638/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid