

Dictamen n.º: **303/23**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **08.06.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 8 de junio de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. ....., por el fallecimiento de su esposa, Dña. ....., el 2 de julio de 2020, en el Hospital Clínico San Carlos, por considerar que se le aplicó una medicación preoperatoria que tenía contraindicada, sin su conocimiento y consentimiento y que, no se atendió la urgencia vital a que ello dio lugar, mediando un retraso de tratamiento que propició su fallecimiento.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 30 de junio de 2021 en la oficina del registro de la Consejería de Sanidad, dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), el interesado anteriormente citado, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposa el día 2 de julio de 2020 en el Hospital Clínico San Carlos.

Según refiere el reclamante, el fallecimiento tuvo su causa en la mala praxis de los facultativos que atendieron a su esposa, en el preoperatorio de una intervención por diverticulitis, para la que había ingresado el 6 día de junio de 2020.

Explica que para la preparación de dicha cirugía se le administró un laxante que anteriormente había dado reacciones adversas a la paciente, causándole en esa ocasión una perforación intestinal, cuyo diagnóstico fue tardío; que ello propició una sepsis, agravada por una infección nosocomial y que el conjunto de esa situación condujo a su fallecimiento días después. Adicionalmente reprocha que ni la paciente, ni el reclamante fueron informados en ningún momento, ya verbalmente o por escrito, de que *“el suministro del fármaco para preparar la intervención podía causar una perforación intestinal, ni complicaciones que pudieran llevar hasta la muerte”*.

Por razón de todo lo expuesto, el reclamante solicita una indemnización de 150.893,98 €.

Acompaña con su escrito copia de diversa documentación médica relativa a las asistencias cuestionadas, los DNI del reclamante y su esposa, la inscripción en el Registro Civil del matrimonio entre ambos, el certificado de defunción de la paciente y copia de la última declaración conjunta de la renta de los cónyuges, presentada el 20 de mayo de 2020 (folios 1 al 67).

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

La paciente, nacida en el año 1962 presenta, como primer antecedente en relación con la enfermedad cuyo tratamiento motiva la reclamación, una solicitud de atención urgente en el Hospital Clínico San Carlos -en adelante HCSC- con fecha 10 de junio de 2018, cuando acudió a Urgencias por dolor abdominal localizado en

hipogastrio de 2 semanas de evolución, que había empeorado en las últimas 48 horas, con meteorismo, junto con un vómito aislado y fiebre de hasta 38°C.

Se le diagnosticó *“Hallazgos compatibles con diverticulitis aguda complicada y yeyunitis por contigüidad. En flanco izquierdo se identifica engrosamiento del colon descendente con trabeculación de la grasa adyacente y una colección de unos 3 x 2 cm, compatible con absceso. Se aprecia engrosamiento de las asas de yeyuno proximales”*.

Valorada por Cirugía General, se recomendó su ingreso a cargo de Medicina Interna y en planta se le pautó tratamiento antibiótico intravenoso (Ertapenem) y analgesia.

Dada la buena evolución del tratamiento se decidió el seguimiento por la Unidad de Hospitalización a Domicilio, con continuación del tratamiento antibiótico, el 18 de junio de 2018 y se indicó una ecografía abdominal, programada el día 25 de junio, que denotó engrosamiento de un segmento de la pared del colon descendente/sigma con alteración de la ecogenicidad de la grasa adyacente, compatible con cambios inflamatorios. No se evidenciaron claras colecciones, ni líquido libre y sí un quiste hepático de 14 mm, en el segmento VIII hepático.

El diagnóstico fue diverticulitis aguda e intolerancia a amoxicilina-clavulánico

Dada la estabilidad clínica y estando la paciente asintomática desde el punto de vista digestivo, recibió el alta el 26 junio 2018, previendo seguimiento en consulta.

Con fecha 24 de julio de 2018 se realizó consulta externa de seguimiento del proceso y en la misma se indicó la práctica de una colonoscopia a la paciente.

En fecha 8 de octubre de 2018 se realizó la colonoscopia, sin constancia de problemas en la preparación, con el siguiente resultado: *“Limpieza subóptima en colon derecho (Boston 1CD + 2CT + 2CI). La escala de Boston evalúa los 3 segmentos del colon (ascendente, transverso y descendente) donde: 0 puntos=heces sólidas; 1 punto=presencia de suciedad o líquido opaco; 2 puntos=poca suciedad, pero la mucosa puede verse bien; 3 puntos=toda la mucosa del segmento colónico puede verse bien sin suciedad residual.*

*Marcada espasticidad en sigma que impide una distensión completa de la luz colónica a dicho nivel, se objetivan los siguientes hallazgos: pólipos de colon (7) que se resecan, hemorroides internas y externas”.*

Con fecha 23 octubre de 2018, en la subsiguiente consulta de revisión, a la vista de los resultados de la colonoscopia se señaló el alta por parte de Cirugía General, con la recomendación de otra colonoscopia de control en 2-3 años.

Con fecha de 26 de noviembre 2019 la paciente fue remitida desde Consultas Externas a Urgencias. En referencia a esa atención, se anotó en el informe de alta que la afectada acudió a Urgencias por presentar, desde hacía mes y medio, empeoramiento del ritmo intestinal con tendencia al estreñimiento junto con escasa expulsión de gases y dolor en el hipogastrio, con sensación diatérmica.

Se le realizó exploración física, pruebas complementarias (radiografía simple y decúbito o bipe), analítica y TC con contraste de abdomen, el cuál fue informado, con el siguiente diagnóstico: *“proceso inflamatorio subagudo-crónico, extenso en colon descendente-sigma, con*

*pequeña colección pericólica y probable fistula coloentérica a un asa de íleon proximal”.*

Tras ser valorada por Cirugía General fue dada de alta el 28 de noviembre con las siguientes indicaciones: *“ingreso en la Unidad de Hospitalización a Domicilio para continuar tratamiento y cita con consultas externas de Cirugía General (Coloproctología)”.*

En cuanto a la atención dispensada posteriormente, durante el tiempo de seguimiento a cargo de la referida Unidad de Hospitalización a Domicilio, cabe destacar la práctica de las siguientes pruebas diagnósticas:

- Una ecografía de control, el día 10 de diciembre 2019, que se informó diciendo: *“se sigue identificando un engrosamiento del colon descendente y sigma, en el trayecto entre 12 y 14 cm, con engrosamiento mural de hasta 1 cm. En la transición del colon descendente con el sigma hay una colección en la pared, similar al estudio TC previo, y también imagen sugerente de fistula entre colon descendente y sigma. Sin grandes cambios respecto al estudio previo. Persiste alteración en la grasa adyacente. Se recomienda realizar el próximo control con estudio RM para valorar el trayecto de probables fistulas. No hay líquido intraabdominal”.*

- Un TAC abdominal de control, del día 17 diciembre 2019, en el que se visualizaron cambios inflamatorios en un segmento de unos 9 cm de colon descendente, mejor definidos que en el TC de 26 de noviembre. Se observó también disminución de tamaño de las pequeñas colecciones intramurales o pericólicas y se identificó un trayecto fistuloso que conectaba el colon descendente con un asa probablemente de yeyuno distal, aunque podría ser íleon proximal, y parecía existir también un trayecto fistuloso entero entérico entre asas de yeyuno – íleon o íleon – íleon.

- Los comentarios de evolución, hicieron constar que la paciente se encontraba bien. No refería dolor abdominal, náuseas, ni tampoco vómitos y no precisaba analgesia. Por todo ello, se programó revisión para evaluar clínicamente e iniciar trámites de cirugía programada, recibiendo el alta el 18 de diciembre 2019.

De forma simultánea, la paciente fue atendida en la consulta externa de Cirugía General. En la historia clínica se anotó que el día 17 diciembre 2019, tras la realización de ECO se decidió ampliar con TC. La afectada estaba asintomática, pese a lo cual se le comentó que si se confirmaba la presencia de la fistula intestinal sería necesario intervenir y ella solicitó esperar a después de las Navidades

El día 18 diciembre 2019 se le realizó el TC y se le comentaron los hallazgos de forma telefónica.

El 7 de enero de 2020, tuvo otra consulta en Cirugía General con la siguiente anotación: *“se encuentra muy bien. Planteo cirugía. Solicito colonoscopia preoperatoria, la del año pasado era subóptima”*.

Según consta, en los meses de enero y febrero de 2020, se programó colonoscopia en dos ocasiones, determinando que la paciente tuviera que acudir a Urgencias del HCSC, los días 30 de enero de 2020 y 3 de febrero, por complicaciones con la preparación domiciliaria con el preparado de MOVIPREP, presentando dolor abdominal generalizado y distensión abdominal, junto con varios episodios de vómitos.

El 11 de febrero 2020 se realizó nueva consulta en Cirugía General, donde se reflejó que se habían frustrado dos colonoscopias por no tolerar la preparación. Además, se hizo constar que se le explicó la intervención de cirugía abierta con resección de segmentos afectos y posibilidad de estoma, así como sus riesgos y posibles complicaciones.

Se anotó que la paciente ingresaría dos días antes para preparación con Bohm y marcaje de estoma. Firmó el documento de consentimiento informado y el del biobanco.

En la consulta de Enfermería Prequirúrgica (Alérgicos), del día 20 marzo 2020, se indicaron las alergias de la paciente. En concreto, a ciertos medicamentos: ácido acetil salicílico, vitamina B, amoxicilina, laxantes y en cuanto a alimentos, al marisco.

Sin embargo en el informe preanestésico de la consulta con el anestesista de ese mismo día, únicamente aparecen reflejadas y resaltadas, las siguientes alergias: vitamina B, ácido acetil salicílico, marisco y amoxicilina.

La paciente ingresó de forma programada el sábado día 6 de junio de 2020, para el tratamiento quirúrgico. En la historia clínica de este episodio consta:

- Al ingreso, el día 6 de junio de 2020, se efectuó la siguiente hoja de prescripción: *“paciente con diagnóstico de diverticulitis aguda en junio 2018 y diciembre 2019, complicada con trayecto fistuloso entero-entérico, yeyuno-íleon y colon-yeyuno distal o íleon proximal. Ingresa para tratamiento quirúrgico programado y preparación adecuada, por intolerancia en domicilio. Plan: Hoy dieta pobre en residuos y mañana: preparación con Bohm, enemas por turnos, Metociopramida + Ondansetron”.*

- El domingo 7 de junio de 2020 se anotó, sin constancia de hora, que refería molestias abdominales ocasionales y comenzaba en ese día la preparación colónica, sin náuseas ni vómitos y con tránsito y, además: *“exploración física: abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal. - Pan: Preparación con*

*Bohm + enema por turnos. - Dieta líquida y dieta absoluta a partir de las 00h.”.*

A las 20:00 horas del mismo domingo 7 de junio, desde Cirugía General de Guardia, avisaron para valorar a paciente por intenso dolor abdominal tras comenzar la preparación colónica, presentando dolor, principalmente en hipogastrio, sin náuseas ni vómitos, pero sudorosa, temblorosa y con abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación difusa y sin signos de irritación peritoneal.

Se solicitó gasometría venosa, analítica y Rx abdomen y se decidió suspender la preparación colónica, administrando ½ ampolla de Petidina- analgésico-.

El domingo 7 de junio a las 22:45 horas se reevaluó a la paciente, que continuaba con intenso dolor abdominal y diaforesis, náuseas con un vómito de contenido entérico claro, taquipnea con respiración superficial, tensión arterial de 160/101, saturación O<sup>2</sup> 94%, sin dolor torácico, abdomen persiste levemente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

Se decidió pautar rescate con Tramadol y colocación de sonda nasogástrica, con salida de 300 cc de contenido +sonda con salida de 500cc de orina colúrica. Además se avisó a la UCI para corrección hidroelectrolítica, añadiendo 1000cc Plasmalyte + 500cc SSF 0,8%.

El lunes 8 de junio, a las 00:30 horas, tras rehidratación de la paciente se solicitó nueva gasometría venosa (pH 7,19 pCO<sub>2</sub> 57 pO<sub>2</sub> 37 Na 134 Gluc 205 Lac 21 HCO<sub>3</sub> 21,8) y tras ser reevaluada por la UCI, se decidió el traslado a su cargo para rehidratación y observación.

Tras su ingreso en la UCI, en el informe clínico de su situación previa aparecen las siguientes anotaciones:

- La paciente persiste inestable pese a resucitación intensa con cristaloides, deterioro analítico con elevación de procalcitonina hasta 3 - posible signo de una infección seria o sepsis- y leucopenia de 3000.

- La exploración abdominal era patológica, con abdomen distendido, muy doloroso y con signos de irritación peritoneal y dada la sospecha de complicación intraabdominal se solicitó un TC de abdomenpelvis con contraste, con los siguientes resultados:

*“-Cambios inflamatorios en el colon descendente, próximo a la fístula coloentérica, con datos de ascitis y neumoperitoneo asociados, hallazgos en probable relación con perforación de víscera hueca.*

*- Peritonitis aguda.*

*- Derrame pleural bilateral”.*

- Se comentan los resultados con Cirugía General, decidiéndose la intervención quirúrgica urgente de la paciente.

Según los registros de Enfermería, la intervención se desarrolló entre las 05:20 horas y las 10:40 horas, con salida del área quirúrgica a las 11:15 horas (la hoja circulante de Enfermería recoge textualmente los siguientes datos horarios: *“Entrada en área quirúrgica: 05:20h, entrada en quirófano: 05:21h, inicio anestesia: 05:27h, inicio incisión quirúrgica: 06:20h, fin incisión quirúrgica: 10:40h, salida área quirúrgica: 11:15h”*).

En cuanto a los datos materiales de la operación, el informe de la intervención quirúrgica describe: *“perforación de ciego, diverticulitis de sigma fistulizada a dos niveles en delgado (asa de yeyuno fistulizada a 1,5 cm del ángulo de Treiz y de íleon a 35 cm de la válvula ileocecal) dentro de un plastrón inflamatorio, así como peritonitis fecaloidea*

*difusa. Se realiza colectomía subtotal, con resección en bloque de asa de íleon fistulizada y de yeyuno. Anastomosis yeyuno-yeyunal e íleo-sigmoidea, ileostomía de protección. La paciente presenta intubación difícil (Cormack III)*”.

Tras la intervención quirúrgica se mantuvo tratamiento antibiótico con cefotaxima, metronidazol y anidulafungina. La paciente se mantiene inestable, precisando catecolaminas y corticoides, ante la evidencia de shock séptico persistente. En las muestras obtenidas en la intervención crecen *Klebsiella oxytoca* y *Hafnia alvei*, sensibles al tratamiento instaurado.

La evolución clínica fue desfavorable, por lo que el 12 de junio fue reintervenida, tras presentar abundante débito bilioso por el drenaje quirúrgico, apreciándose una fuga de la anastomosis yeyuno-yeyunal que requiere resección y reanastomosis a dicho nivel.

A esa complicación se asoció la irrupción de un cuadro de insuficiencia respiratoria, con importante deterioro del gradiente alveolo-arterial de oxígeno, asociado a un cuadro de distrés y de un fracaso renal agudo oligúrico.

Ante todas las complicaciones, se decidió el cambio del tratamiento antibiótico a ertapenem y anidulafungina. En los cultivos obtenidos en la segunda intervención crecen *Parabacteroides distasonis* y *Eggerthella lenta*, por lo que se añade tigeciclina, a la que ambos gérmenes son sensibles.

La paciente mantuvo durante su ingreso una trombopenia persistente, con anemización ocasional que precisó transfusión de concentrado de hematíes, aún sin datos clínicos de sangrado importante a ningún nivel.

En días posteriores, la paciente se mantuvo en una situación de sepsis. Se realizó un TAC abdominal el 17 de junio con los siguientes hallazgos: áreas de isquemia hepática, infartos esplénicos. Hepatoesplenomegalia, existe líquido abdominal fundamentalmente en el saco menor, aunque sin colecciones delimitadas en ese momento actual. No había signos que sugirieran dehiscencia de sutura y sí aumento de la atenuación del tejido graso subcutáneo en relación con anasarca. También concurre derrame pleural bilateral y atelectasias bibasales pasivas.

En ningún momento fue posible plantear la desconexión del ventilador, dada la insuficiencia respiratoria y la debilidad adquirida severa de la paciente, en estado crítico desde su ingreso y en un cultivo de catéter retirado el 17 de junio, tras un cuadro clínico compatible con bacteriemia, presentó crecimiento de *Stafilococo epidermidis* (con hemocultivos coincidentes).

El 24 de junio, la paciente fue intervenida de nuevo, al objetivarse empeoramiento de la exploración abdominal, evisceración y salida de contenido purulento por los drenajes. Se encontró una perforación puntiforme en la anastomosis íleosigmoidea, que se cerró con puntos sueltos.

La paciente siguió evolucionando de manera desfavorable, con hiperlactacidemia en ascenso, fiebre persistente e imposibilidad para el destete del ventilador y el 25 de junio se realizó traqueostomía percutánea, en previsión de necesitar soporte respiratorio prolongado.

El 27 de junio, ante la evolución negativa, se realizó un nuevo TAC abdominal con los siguientes hallazgos: *“colección de líquido libre presente en el estudio previo, se observan varias colecciones intraperitoneales de 3-4 cm y una de mayor tamaño (10x2 cm). Leve*

*crecimiento de la colección subcapsular hepática. Trombo en la arteria mesentérica inferior con ingurgitación de asas de íleon”.*

A la vista de los resultados no se consideró por parte de Cirugía una nueva intervención quirúrgica. Tampoco se pudo iniciar anticoagulación, dada la trombopenia con anemización.

La paciente siguió empeorando, con deterioro de la situación hemodinámica y respiratoria, fracaso renal, hiperlactacidemia creciente, por lo que se realizó una endoscopia y exploración quirúrgica el 2 de julio, sin encontrar datos de complicación a nivel de las suturas, ni otros datos relevantes más allá de la peritonitis terciaria que presentaba la paciente.

Finalmente, la paciente falleció el día 2 de julio de 2020. Se solicitó permiso para la realización de la autopsia clínica, que la familia concedió.

El informe de autopsia recoge en su diagnóstico final, lo siguiente:

*“- Tromboembolismo pulmonar bilateral. Infarto pulmonar hemorrágico en lóbulo inferior derecho. Hemorragia pulmonar en lóbulo superior izquierdo. Hipertensión arterial pulmonar.*

*- Hipertrofia ventricular derecha con dilatación de cavidades derechas (cor pulmonale).*

*- Estado post-cirugía abdominal. Peritonitis.*

*- Ateroesclerosis aórtica, con placa complicada en aorta abdominal.*

*- Congestión esplácnica y derrames pleural y pericárdico (signos de congestión venosa sistémica).*

- *Nódulo hepático: Hiperplasia nodular focal.*
- *Leiomiomas uterinos. Pólipo endometrial atrófico-quístico.*
- *CAVIDAD ABDOMINAL: Adherencias entre asas de intestino delgado, que forman un bloque cubierto de fibrina y adherido a diafragma, estómago y peritoneo parietal. El intestino delgado presenta menor longitud y no se identifica colon, estando el intestino delgado suturado a recto. No se identifica perforación de asas intestinales, dehiscencia de suturas, ni ascitis”.*

En la historia clínica remitida, constan los siguientes documentos de consentimiento informado – CI-:

1º.-CI para Anestesia General, de 20 de marzo de 2020, firmado por la paciente y el anestesiólogo

2º.- CI para POLIPECTOMÍA DE COLON O RECTO de 11 de febrero de 2020, firmado por la doctora y la paciente. En el mismo se indica lo siguiente:

*“a. Procedimiento: Se pretende la extirpación del pólipo situado en el colon o el recto.*

*b. Riesgos: los riesgos y complicaciones más relevantes que pueden presentarse son:*

*i. Riesgos generales de cualquier intervención: infección o hemorragia de la herida quirúrgica, defectos en la cicatrización, apertura de la herida, flebitis, dolor prolongado en la zona intervenida, infección o hemorragia interna, trombosis, embolias, etc.*

*ii. Riesgos específicos de la operación: retención aguda de orina, incontinencia de gases e incluso de heces y fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura.*

*Generalmente estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico adecuado, aunque en ocasiones requieren una nueva intervención quirúrgica, generalmente de urgencia. Existe un riesgo mínimo de mortalidad”.*

3°.- CI para donación de muestras biológicas al Biobanco del Hospital Clínico San Carlos. No consta fecha. Firmada por el facultativo y la paciente.

4°.- CI para traqueostomía, el 19 junio 2020, firmado por el médico y el esposo de la paciente, como representante legal de la misma.

5°.- CI para estudio de alergia a medicamentos, de fecha 23 de junio 2020, también firmado por el médico y el esposo de la paciente, en su representación.

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

Se ha incorporado la historia clínica de la paciente, en cuanto a las asistencias cuestionadas, con inclusión de los registros de Enfermería y los documentos de consentimiento informado que se habían suscrito.

Igualmente constan diversos informes emitidos por los responsables de los servicios implicados en la asistencia, de conformidad con lo requerido por el art. 81 de la LPAC. A saber:

- Un primer informe emitido por los responsables de la Sección de Coloproctología y del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HCSC, de fecha 13 de septiembre de 2021, que obra en los folios 76 al 80 del expediente. En el mismo se refiere el conjunto de asistencias clínicas prestadas, en coherencia con el resumen de los datos ya recogido.

- Segundo informe, suscrito por esos mismos doctores, de 14 de septiembre de 2021- folios 82 a 83-, analizando cada uno de los aspectos cuestionados. En el mismo se indica:

- Se decidió la preparación para la colonoscopia con la solución evacuante Bohm, por permitir una dosificación más paulatina que el Moviprep, que era la formulación que había ocasionado molestias a la paciente en preparaciones previas. La preparación era necesaria por haber tenido la paciente una colonoscopia previa con preparación subóptima y resección de múltiples pólipos.

- No existían indicios previos de alergia o anafilaxia a la solución evacuante Bohm.

- Durante la administración del fármaco preoperatorio, se mantuvo a la paciente ingresada en el hospital y cuidadosamente monitorizada y vigilada por el equipo de guardia, para detectar de forma precoz posibles complicaciones.

- En el momento en el que se detectó malestar y dolor abdominal durante la preparación de la colonoscopia, que pudieran hacer sospechar de la existencia de una infección, se suspendió inmediatamente la misma y se procedió a la evaluación clínica y analítica de la paciente. Además se realizó en un lapso muy corto de tiempo un TAC abdominal, para el diagnóstico precoz de una posible

perforación y se procedió a realizar una intervención quirúrgica de urgencia, sin esperar a la cirugía programada del día siguiente.

De esa forma, en cuanto la paciente empezó con deterioro respiratorio el 12 de junio, se indicó relaparotomía de urgencia, por sospecha de posible complicación.

- En referencia al derecho a la información clínica, se indica que el documento de consentimiento informado se entregó en la consulta de Cirugía, conjuntamente con la indicación para ingreso hospitalario por parte de la doctora, que asimismo explicó las razones de la necesidad de efectuar preparación mecánica del colon.

- En cuanto a la justificación del fatal desenlace, explican que, a pesar de la monitorización cuidadosa de la preparación mecánica, el pronto diagnóstico y tratamiento de la perforación intestinal, el día antes de la cirugía programada, el ingreso en UCI y la aplicación de todas las medidas médico-quirúrgicas disponibles -incluidas tres intervenciones de urgencia en el momento preciso en el que la paciente lo requirió-; desgraciadamente se instauró un cuadro de sepsis mantenida que la paciente no pudo superar.

- Informe del jefe de Servicio de Medicina Intensiva, de fecha 16 de septiembre de 2021 -folio 86-, que en cuanto a los datos técnicos de la asistencia se remite al informe de alta y explica que, se produjo la afección de otros órganos o “disfunción multiorgánica”, que es la que acompaña a una infección grave y se debe al proceso inflamatorio generalizado asociada a ésta, que secundariamente termina dañando la función de otros órganos.

- Informe del Servicio de Medicina Preventiva, de 14 de septiembre de 2021 -folios 98 y siguientes-, en referencia al reproche por la infección nosocomial, que determina que durante la estancia en la UCI de la paciente no se produjo ningún brote epidémico de

bacteriemia asociada a catéter por *S. epidemidis*, ni por ningún otro microorganismo.

Además se adjuntaron los protocolos aplicables en el hospital para prevenir tales afecciones y contagios en el procedimiento “*Canalización y mantenimiento de vías centrales*” aprobado por la Comisión de Cuidados y de aplicación sistemática del HCSC.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 12 de diciembre de 2022 (folios 1090 al 1121) que analiza el proceso asistencial y concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el Hospital Universitario Clínico San Carlos, a cargo del SERMAS, entre junio y julio de 2020, fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

Tras la incorporación al procedimiento del referido informe, se evacuó el trámite de audiencia al reclamante, que formuló alegaciones, presentadas el día 29 de marzo de 2023- folios 1126 al 1128-. En las mismas se ratifica en su escrito inicial de reclamación, destacando la pretendida incorrección de la aplicación conjunta a la paciente de un preparado evacuante y varios medicamentos antieméticos, durante el proceso de preparación mecánica del colón previó a la intervención quirúrgica; pues considera que con ello se impidió que la paciente pudiera expulsar el preparado, determinando que permaneciera en su cuerpo, hasta que perforó el intestino.

También cuestiona la tardanza en el tratamiento de la perforación intestinal, pues considera que mediaron 16 horas de retraso. Sí, indica que la presentación del cuadro se produjo en torno a las 15:00 horas del domingo y afirma que la intervención para resolverlo se produjo el lunes a las 11:00h, reputando a ese supuesto retraso el fatal desenlace.

El 13 de abril de 2023, el reclamante aportó un informe pericial suscrito por un licenciado en Medicina y Cirugía que, tras analizar el conjunto de la asistencia cuestionada, entre otras cuestiones, manifiesta que: “*la preparación del colon con antibióticos orales y limpieza mecánica con laxantes y enemas se pasa por alto dos reacciones adversas previas que ha tenido y, existe un plastrón inflamatorio con algún grado de obstrucción que contraindican el uso de todo tipo de laxantes, por riesgo de perforación*”. También recalca que, el diagnóstico de la peritonitis fecaloidea se efectuó varias horas después de presentarse y se trató con retraso, apuntando al mismo dato de las 16 horas de retraso que planteaba el reclamante - 1133 al 1143-.

Finalmente se ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al entender que, con independencia de la gravedad de las consecuencias, la asistencia sanitaria dispensada se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 8 de mayo de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 255/23, 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 su sesión de 8 de junio de 2023.

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

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es el esposo de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta (como acredita el certificado de matrimonio) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

Ahora bien, el interesado también reclama por un defecto en materia de información clínica, al considerar que ni la paciente, ni él mismo fueron informados de que *“el suministro del fármaco para preparar la intervención podía causar una perforación intestinal, ni complicaciones que la pudieran llevar hasta la muerte”*.

Sobre esa parte de la reclamación, debemos recordar que el esposo de la paciente carece de legitimación para reclamar por la supuesta falta de información a su esposa, siendo ella la verdadera titular del derecho, como ya sostuvimos en nuestros dictámenes 46/16, de 28 de abril; 166/16, de 9 de junio; 507/16, de 10 de noviembre; 141/18, de 22 de marzo, 200/18, de 3 de mayo o 528/22, de 8 de septiembre, entre otros, al considerarlo como un daño moral personalísimo (como se deduce del artículo 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, según el cual el titular del derecho a la información es el propio paciente, y de la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional) y, por tanto, en principio intransmisible a los herederos, de tal forma que sólo la paciente hubiera podido reclamar por la vulneración de su autonomía.

A mayor abundamiento, nos remitimos a la argumentación que se desarrolla ampliamente en el Dictamen 47/23, de 2 de febrero, donde se analiza la reciente Sentencia de 31 de octubre de 2022 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Décima, recurso n.º 603/2021) que mantiene, de acuerdo con la Sentencia n.º 141/2021, de 15 de marzo, dictada por el Pleno de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en el recurso extraordinario por infracción procesal n.º 1235/2018, un carácter sumamente restrictivo respecto de la transmisibilidad *mortis causa* de la acción para que los herederos reclamen la indemnización por los daños corporales y morales sufridos por el causante en vida, ya que, la somete a rígidas

condiciones, de forma que sólo la admite si el alcance del daño se hubiera ya determinado, bien por haberse formulado una reclamación por el directamente afectado o porque constare en un informe pericial, como prevé el concreto supuesto que analiza la STS 141/2021, donde se afirma que: *“el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por estos por su fallecimiento”*.

De tales pronunciamientos jurisprudenciales se desprende que los derechos de crédito *intuitu personae*, como pudieran ser los correspondientes a los daños corporales sufridos por el finado o también los daños morales, derivados de las lesiones a su derecho a la información clínica, sólo son transmisibles a los herederos de su titular, si el alcance del daño estuviera previamente determinado o se hubiere formulado una previa reclamación por los mismos, efectuada por el directamente afectado. Ninguna de estas situaciones concurre en el caso que ahora nos ocupa, por lo que debemos desestimar esa parte de la reclamación, por carecer el reclamante de legitimación para efectuarla.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al reprochar la asistencia prestada a la paciente fallecida por el Hospital Clínico San Carlos, centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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 responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la paciente falleció el día 2 de julio de 2020 y la reclamación está presentada el día 30 de junio de 2021, por lo que no existe duda alguna de que se ha formulado en plazo legal.

En relación con el procedimiento, se ha recabado el informe de los servicios implicados en la asistencia y se ha adicionado la historia clínica completa, relativa a los tratamientos cuestionados. Después de la incorporación de todo ello, se ha dado traslado y solicitado informe a la Inspección Sanitaria y, posteriormente se ha concedido trámite de audiencia al reclamante, que ha formulado alegaciones y aportado una prueba pericial. Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, dando respuesta a todas las cuestiones suscitadas por el reclamante.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

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

extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

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

**CUARTA.-** 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. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010 ) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como

señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** Corresponde en este apartado analizar la concurrencia de los requisitos de la responsabilidad patrimonial, respecto de cada uno de los reproches efectuados.

En primer lugar, en cuanto al daño, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca a su esposo y ahora reclamante un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

En materia de carga de la prueba, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Sin embargo, en cuanto a la crítica de la asepsia hospitalaria que hubiera determinado una infección nosocomial a la paciente, esta Comisión Jurídica Asesora ha venido manteniendo que en los supuestos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la

Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenirlas, debiendo invertirse la carga de la prueba (Dictámenes 126/16, de 26 de mayo, 271/16, de 30 de junio y 546/19, de 19 de diciembre entre otros).

En el presente supuesto, en referencia al indicado reproche, se han aportado los protocolos hospitalarios aplicados para prevenir las referidas infecciones contraídas con ocasión del empleo de vías y sondas, debiendo considerar tales medidas suficientes, con independencia de reconocer que erradicar en su totalidad las referidas infecciones hospitalarias resulta imposible. Sea como fuere, la aportación de esa prueba por la administración sirve para descartar la negligencia o *mala praxis* del HCSC en cuanto a ese asunto.

Descartada ya la prosperabilidad de ese reproche, recordemos que, en lo demás, el reclamante discute: la necesidad de efectuar a su esposa una cirugía de colon y, además, de someterla a una preparación mediante agentes osmóticos y estimulantes, como fue la solución evacuante Bohm y, en su caso, de combinarlo con medicamentos antieméticos. Finalmente, también considera que medió retraso en la detección y el tratamiento de la peritonitis causada por la perforación intestinal.

El reclamante aporta un informe pericial que avala sus planteamientos.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, como ocurre en este caso, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan*

*irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...).”*

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, “*es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen*”. Según lo indicado, deberemos analizar la solvencia y fundamentación de las valoraciones técnico-médicas incorporadas al expediente, pues como se indicó son parcialmente contradictorias.

El informe pericial aludido cuestiona la necesidad de la intervención de colon, proponiendo la solución conservadora como la más adecuada.

Por el contrario, según argumentan los informes del servicios afectado y el de la Inspección Sanitaria, la literatura médica se

considera plenamente indicada la intervención quirúrgica profiláctica planteada -sigmoidectomía más resección intestinal-, puesto que la afectada había padecido ya dos episodios de diverticulitis aguda con signos de gravedad en el TC, donde se apreciaron dos trayectos fistulosos.

También estuvo correctamente indicada una previa colonoscopia-aunque finalmente no se llevara a efecto-, al presentar factores de riesgo asociados y/o dudas diagnósticas y proponerse antes de la intervención, y a una distancia del episodio agudo de la diverticulitis de, al menos, 6 a 8 semanas.

De otra parte mantiene le informe pericial del reclamante que la preparación para la cirugía de colon no hubiera sido necesaria y, además que, en el caso de la paciente estaba claramente contraindicada, por sus antecedentes respecto de otros dos intentos de preparación para colonoscopias, en los que el proceso debió interrumpirse, por efectos adversos.

Frente a lo expuesto, se explica que la preparación mecánica del colon de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal se recomienda únicamente en situaciones concretas, entre las que se encontraba la que padecía la paciente, a la que se le efectuaba una cirugía colorrectal con estoma derivativo.

Además, el empleo del preparado Bohm no se encontraba contraindicado, puesto que la sintomatología que impidió la realización de las colonoscopias previstas para el 30 de enero y el 4 de febrero de 2020 fue de dolor y distensión abdominal, vómitos y estreñimiento, subsiguiente a otra medicación diarreica, con una acción menos progresiva y, además, se resolvió con analgesia y antieméticos, siendo ese el mismo tratamiento que se empleó ante las reacciones adversas que le produjo el preparado finalmente empleado

y estando la paciente en el centro hospitalario, para tener un estrecho seguimiento de la situación.

La supuesta incompatibilidad entre el preparado y los antieméticos no está descrita ni recogida en su ficha técnica, ni tampoco entre las contraindicaciones del preparado. Y, además, ya se aplicó esa medicación combinada a la paciente en las dos ocasiones en que se intentó la colonoscopia en enero y febrero de 2020 y comenzó a sufrir complicaciones similares -calambres y vómitos-.

Además, el reclamante afirma que medió un retraso en el tratamiento de la perforación intestinal, que llega a cifrar en 16 horas, que considera completamente determinantes y motivadoras de que se frustrase la efectividad de cualquier medida al efecto.

En contra de todo ello, con sustento en los propios datos de la historia clínica, el informe de la Inspección Sanitaria, al igual que el de los responsables de los servicios que trataron a la enferma, contienen una serie de argumentos de peso que validan con solvencia las actuaciones médicas desarrolladas y su sometimiento a la *lex artis ad hoc*.

Así pues, se afirma que el control y seguimiento del cuadro que presentó la paciente tras la administración del preparado fue correcta, puesto que, según consta documentado, la paciente ingresó la tarde del 6 de junio y, entre el 7 de junio y hasta la entrada en quirófano el 8 de junio, constan multitud de actuaciones médicas y de seguimiento clínico, de forma que si a la 14:39 h del día 7 se efectuó el inicio de la preparación, estando asintomática; a las 19:03 h, tras la toma de 6 sobres de solución, comenzó con dolor abdominal intenso y a las 20:00 h, el cirujano suspendió la administración de la solución. Seguidamente, constan anotadas otras actuaciones de facultativos y

de Enfermería, de Cirugía General y de la UCI, a las: 21:00 h, 22:30 h, 23:00 h, 23:45 h, 24:00 h, 0:30 h y a las 3:59h.

Finalmente, a las 5:20 horas, se registra la entrada en quirófano de la paciente; después de 8 horas contadas desde el comienzo del malestar de la paciente – y no de 16, como se indica erróneamente de contrario- y tras la necesaria realización de un TC de urgencia, para constatar el diagnóstico de la perforación intestinal con peritonitis, hasta ese momento dudoso; decidiéndose entonces y acometiéndose inmediatamente la intervención urgente.

Se considera, por tanto, que todas las decisiones terapéuticas se ajustaron a la ficha técnica del producto, que aconseja interrumpir temporalmente su administración si el paciente presenta hinchazón severa, distensión o dolor abdominal y que, la complicación de extrema gravedad producida se trató tan pronto como se constató, en un espacio total de 8 horas, contadas desde que comenzó el primer dato del malestar de la paciente. Por lo demás, se explica que no está tan clara la relación causa-efecto entre la administración del preparado y la perforación intestinal causante de la peritonitis, reputando que probablemente la verdadera causa de la *rotura* intestinal fue la diverticulitis, enfermedad de base de la paciente y el preparado solamente agravó el proceso.

Los tratamientos quirúrgicos posteriores no se cuestionan, ante la extrema gravedad de la situación, llevando ya ínsitos una elevada mortalidad que, desgraciadamente se materializó en este caso.

Así, el médico inspector dice que: “...de lo expuesto se deduce que la asistencia prestada a D... ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*, siendo las complicaciones surgidas y el consiguiente desenlace, acordes con los riesgos potenciales inherentes a la patología y a la situación clínica de la paciente” y, concluye: “La asistencia sanitaria reclamada por D (...). prestada a D<sup>a</sup>(...), por el Hospital Universitario Clínico San

*Carlos, a cargo del SERMAS, entre junio y julio de 2020, se considera que ha sido adecuada, según se entiende explicado en el enjuiciamiento del punto anterior. Salvo otro informe mejor fundado en contra”.*

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 11 de julio de 2022 (recurso n.º 721/2020):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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”.*

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

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 8 de junio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 303/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid