

Dictamen nº: **365/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 8 de septiembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Getafe –en adelante, HUG- en relación con un aborto por infravaloración de la sintomatología.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 17 de septiembre de 2018, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias del HUG los días 14, 16 y 18 de mayo de 2018.

Refiere que el día 14 de mayo de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del HUG por manchas marrones de sangre en la ropa interior y una especie de fluido blanquecino, pero le dijeron que no era nada y aunque insistió en que le dolían los ovarios, la mandaron a casa, le

dijeron que tomara paracetamol, le hicieron “*dos eco*” y “*la niña estaba bien*”.

Explica que el día 18 de mayo de 2018 llegó en ambulancia después de un parto prematuro de 18 semanas, que tuvo el parto en casa y no en la ambulancia como dice el informe y que después de estar ingresada le hicieron un legrado para sacar la placenta y “*restos que quedaron dentro*” y todo esto lo hicieron después de tres horas. Añade que los días 16, 17 y 18 estuvieron atiborrándole de líquidos.

Continúa señalando que el 18 de mayo de 2018 estando aún con dolores le dieron de alta por la tarde- noche diciéndole que estos dolores estaban en su cabeza, y que los días 19 y 20 de mayo estuvo con dolores que no le dejaban dormir.

Refiere que el 21 de mayo de 2018 fue al médico de cabecera por dichos dolores y la envió al Hospital de Fuenlabrada para hacerle una radiografía dejándola ingresada por líquidos en los pulmones y que ya los dolores no estaban en su cabeza como dijo el doctor del HUG que la mandó “*a un psicólogo para que siguiera tomando pastillas*”.

Considera que con ella y con su hija cometieron negligencias y solicita que “*estas cosas no se vuelvan a repetir y que se tomen represalias con dichos doctores de este hospital puesto que me han demostrado que no son profesionales para que ninguna otra mujer en su misma situación no lo pase*”.

Solicita una indemnización “*por los dos casos*” que no cuantifica, y aporta documentación médica.

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

La reclamante, de 42 años de edad en el momento de los hechos, había sido diagnosticada en el HUG, en ecografía realizada el 25 de enero de 2018 de útero polimiotomatoso, y tratada con Esmya por metrorragias y dismenorrea. En estudio de infertilidad desde hacía 2 años, con esa misma fecha de 25 de enero de 2018 fue derivada al Hospital 12 de octubre para tratamiento tipo FIV-ISCI. Antecedentes de aborto con legrado en 2016.

El 6 de abril de 2018 pasó consulta en Obstetricia del HUG para control del primer trimestre de gestación. Se encontraba asintomática, la gestación estaba en curso, en un útero polimiotomatoso, se le solicitó una ecografía de las 20 semanas, así como algunos análisis, debiendo volver en 2 semanas para ver los resultados.

El 14 de mayo de 2018 acudió a Urgencias del HUG por sangrado vaginal en cantidad menor a una menstruación de 2 días de evolución, asociado a dolor en hipogastrio y ambas fosas iliacas que empeoraba con la bipedestación y cedia con la toma de paracetamol de 1 gr, no presentaba otra sintomatología de interés. A la exploración con espéculo se apreció lo siguiente: vagina sin restos hemáticos; cérvix de nulípara sin sangrado activo ni al valsalva. Palpación bimanual: útero en AVF, cérvix cerrado sin dolor a la movilización cervical; no se palpaban masas anexiales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación; no signos de irritación peritoneal. Se le realizó una ecografía de urgencia apreciándose gestación única intrauterina, con latido fetal y movimientos fetales positivos. Se visualizaban miomas en cara anterior y placenta normoinserta en cara anterior, sin vasos ni placenta previa.

Al no presentar patología ginecológica urgente en ese momento, fue dada de alta a su domicilio con la recomendación de reposo relativo hasta cese de sangrado, paracetamol 1 gr cada 8 horas, y acudir de nuevo a urgencias si sangrado mayor a una menstruación o dolor abdominal intenso.

El 16 de mayo de 2018, el SUMMA acudió al domicilio de la paciente. En su informe se refiere que la interesada había comenzado a sangrar a las 13 horas, y que a su llegada, en la primera evaluación, apreciaron un feto muerto expulsado, de 20 semanas de gestación, y placenta sin expulsar. Fue llevada al HUG. En el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología- Urgencias del citado hospital, se hace constar que la paciente llegó al Servicio de Urgencias a las 14:30 horas del día 16 de mayo de 2018, remitida por el SUMMA y refería que, tras una deposición, presentó sensación de amnioreea y dolor abdominal en hipogastrio intermitente, asociado a sangrado vaginal. Que en el trayecto del domicilio al hospital se produjo un alumbramiento incompleto y le administraron oxitocina. Que a su llegada a Urgencias presentaba dolor abdominal y sangrado vaginal en cantidad menor a una menstruación.

A la exploración: genitales externos y periné normales. Palpación bimanual: útero en AVF, cérvix permeable, se objetiva sangrado vaginal procedente de cavidad. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio; no signos de irritación peritoneal. En ecografía de urgencia se visualizaba un útero irregular, así como varios miomas, con un endometrio de 41 mm y una imagen heterogénea con probables restos placentarios. A la exploración del feto se objetivó sexo femenino, de 200 gr de peso sin malformaciones aparentes; placenta y cordón sin alteraciones significativas; placenta y membranas aparentemente íntegras.

Se envió muestra de placenta para estudio microbiológico, y feto y placenta a anatomía patológica para estudio. El diagnóstico anatomo-patológico de la placenta fue: extensa inflamación aguda y depósitos de fibrina a nivel del suelo placentario, cambios indicativos de funisitis-villitis aguda incipiente. Y el del feto fue: aborto tardío, gestación 18 semanas, fenotipo femenino, con madurez y peso adecuados a edad gestacional, con datos de sufrimiento fetal agudo-Aborto. Ante la persistencia del sangrado vaginal y ecografía compatible

con restos deciduocoriales se decide legrado evacuador bajo control ecográfico, se explica la situación a la paciente y la necesidad de tratamiento quirúrgico. Se resuelven dudas, la paciente entiende y firma el Consentimiento Informado.

A las 18:45 de ese mismo día 16 de mayo de 2018, se lleva a cabo el procedimiento de dilatación y legrado evacuador, bajo control ecográfico y cobertura antibiótica con cefazolina. El diagnóstico anatomo-patológico del contenido uterino extraído fue de: restos deciduales con inflamación aguda intensa.

El 17 de mayo de 2018, en control ecográfico posterior al legrado, se apreciaba útero miomatoso, vacío; no se visualizaba líquido libre. Ese mismo día se evidenció en análisis de sangre una Hb de 5,6 g/dl y se le transfundieron 2 concentrados de hematíes. En el análisis postransfusional tenía Hb 7,9 gr/dl y Hto 25%. Dada la evolución adecuada de la paciente, y su buen estado general, fue dada de alta el 18 de mayo de 2018.

En el Informe de alta se prescribe tratamiento con Ibuprofeno, alternando con paracetamol, y Tardyferon, y se solicita nuevo hemograma en 10-15 días para control de la anemia a la vez que se recomienda citarse en consulta de Alto Riesgo Obstétrico. El médico que entrega el informe de alta al marido de la paciente, deja reflejado en la historia clínica que éste se encuentra poco receptivo al alta y amenaza con una denuncia por negligencia por proceder al alta en una paciente recién operada, haciendo comentarios intimidatorios que quedan reflejados en el informe del médico.

El 30 de agosto de 2018 la paciente acudió a consulta de Alto Riesgo en el HUG acompañada de su pareja, para los resultados de microbiología y anatomía patológica. Refería encontrarse hinchada y que había sido vista en el Hospital de Fuenlabrada donde le diagnosticaron

edema pulmonar. Preguntaron por la posibilidad de prevenir un aborto en próxima gestación, a lo que se le contestó por la ginecóloga que no había ninguna manera preventiva ante una nueva rotura prematura pretérmino de membranas. Se hace constar que la pareja abandonó la consulta enfadada.

Según informe de hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada, la paciente estuvo hospitalizada en ese centro desde el 22 hasta el 28 de mayo de 2018. En el informe se reseña que el 22 de mayo de 2018 había acudido a Urgencias refiriendo dolor abdominal generalizado desde hacía 7 días en que le habían realizado un legrado tras sufrir un aborto espontáneo, así como dolor centrotorácico opresivo, que había permanecido constante todos esos días, pero que se exacerbaba fundamentalmente con los cambios posturales, asociado a disnea de pequeños esfuerzos y diuresis recortadas, esto último con mayor intensidad en las últimas 48 horas. Se indica que estuvo ingresada 48-72 horas en el Hospital Severo Ochoa (se supone se trata de un error, porque la paciente estuvo ingresada en el HUG) donde recibió dos transfusiones de hemoderivados, ferroterapia iv y abundante sueroterapia. También presentaba tos seca ocasional, no fiebre, no ortopnea, no edemas en miembros inferiores, aunque sí edematosa a nivel de manos durante ingreso hospitalario previo. La exploración realizada en Urgencias resultó normal, salvo en AP discreta hipoventilación en bases, y en palpación abdominal, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin masas ni megalías detectables y con aumento del perímetro abdominal correspondiente a gestación reciente.

Se le realizaron pruebas analíticas de bioquímica, hematología, hemostasia, gasometría, orina y urocultivo. Otras pruebas diagnósticas realizadas fueron: Rx de tórax, en la que se apreciaba ICT normal, derrame pleural bilateral y líquido en cisuras; Angiografía TC de arterias pulmonares, no evidencia de TEP, edema intersticial pulmonar con

derrame pleural bilateral; Ecocardiograma, que resultó normal; en ECG, bloqueo incompleto de rama derecha.

Fue ingresada en la planta de Medicina Interna, donde permaneció desde el 22 de mayo de 2018 hasta que fue dada de alta el día 28 de mayo de 2018.

La evolución durante su ingreso se describe de la siguiente manera: ingresa por cuadro de disnea y dolor torácico iniciado durante su ingreso en la semana previa, en que se le practicó legrado por aborto y recibió sueroterapia abundante y transfusión de hemoderivados. A su llegada a Urgencias se descartó TEP. Tanto en la Rx de tórax como en la TC se detectó sobrecarga hídrica (NT PROBNP ligeramente elevado). Se le realizó ETT que fue normal. La paciente experimentó buena evolución clínica con tratamiento depletivo iv con mejoría clínica, analítica y de los datos radiológicos de sobrecarga hídrica. Se completó estudio con ecografía abdominal (colelitiasis y útero miomatoso ya conocido), y autoinmunidad (ANA negativo), quedando pendientes los anticuerpos antifosfolípido.

El juicio clínico fue de insuficiencia cardiaca aguda tras sobrecarga hídrica; anemia microcítica con ferropenia y déficit de vitamina B12, y aborto espontáneo reciente en semana 17. Se le pautó tratamiento con tardyferon y optovite, recomendando control con su médico de familia y cita en consulta de Medicina Interna para recoger resultados.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se recaba el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUG que, tras describir la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en las fechas indicadas, indica que tuvo lugar un “*aborted tardío*”. Afirma que no existen criterios clínicos ni analíticos para conocer en qué momento una amenaza de aborto puede evolucionar a un aborto completo o incompleto como en este caso. Añade que desgraciadamente, el único tratamiento que recomiendan todas las guías clínicas es la observación y el reposo que es lo que se recomendó a la reclamante el día 16 de mayo de 2018. Considera que en todo momento se actuó según protocolo ya que no puede preverse la evolución de una amenaza de aborto.

Por medio de correo electrónico de fecha 25 de abril de 2019, la Inspección Sanitaria solicita al instructor del procedimiento las hojas de enfermería y de tratamiento correspondientes al ingreso de la paciente en el HUG en las fechas del 16 al 18 de mayo de 2018; y el informe del jefe de Servicio de Medicina Interna, solicitando se justifique la constatación de la sobrecarga hídrica por la abundante sueroterapia recibida en el HUG (aunque, por error, se pone en el informe de alta de fecha 28 de mayo de 2018, que fue durante su ingreso en el Hospital Severo Ochoa). Solicita a su vez el informe de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada, correspondiente al día 22 de mayo de 2018.

Figura en el expediente, a continuación, la documentación solicitada. El informe de la coordinadora de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada es de fecha 22 de mayo de 2019 y en el mismo, se describe la asistencia prestada a la reclamante el día 21 de mayo de 2018 e indica que no hay informe de alta de Urgencias de ese día porque se cursó ingreso hospitalario del que fue dada de alta el día 28 de mayo de 2018.

El jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada adjunta el informe de alta hospitalaria, al que se remite

“para mejor conocimiento de las visitudes de ingreso, tratamiento, diagnósticos y evolución”.

El informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y la documentación obrante en el expediente, señala que la asistencia prestada a esta paciente en el HUG ha sido la adecuada.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia consta la presentación de un escrito solicitando que se tenga en cuenta el cambio de domicilio de la reclamante y su pareja.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 5 de febrero de 2020 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 12 de junio de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, 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 septiembre de 2020.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera digna de reproche.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó en centros públicos de su red asistencial.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la asistencia sanitaria a que se refiere la reclamación se prestó entre los días 16 y 18 de mayo de 2018. Por ello, la presentación de la reclamación el día 17 de septiembre de 2018 tuvo lugar dentro del plazo legalmente establecido.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a las reclamantes sin que conste la presentación de alegaciones. Finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la

calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

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 5^a) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) 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”».

En el presente caso, la reclamante considera deficiente la asistencia sanitaria dispensada al considerar que el aborto que sufrió fue debido a una infravaloración de su sintomatología y a la falta de actuaciones terapéuticas, además de sufrir una insuficiencia cardiaca por sobrecarga hídrica por sueroterapia.

Partiendo por tanto de la existencia de un daño, procede analizar los reproches de la reclamante, a partir 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 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), 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 tal sentido, conviene señalar que la reclamante no ha aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis ni en la asistencia prestada en el HUG. Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con el contenido

de la historia clínica, los informes de los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria y el informe de la Inspección Sanitaria que considera que la atención fue correcta y adecuada, desvirtuando los reproches formulados en el escrito de reclamación.

En esta línea y sin perjuicio de los informes de los facultativos obrantes en el expediente, conviene detenerse en el contenido del informe de la Inspección que tras efectuar un resumen clínico afirma que la actuación sanitaria fue en todo momento la adecuada a la situación.

Indica que ante una amenaza de aborto, que era lo que parecía presentar la paciente el día que acudió a Urgencias, se le realizó exploración física con espéculo, sin evidenciar sangrado y con cérvix cerrado, y en la ecografía se detectaban movimientos y latidos fetales, por tanto el feto era viable en esos momentos, y la actitud clínica a seguir debía ser expectante, considerándose correcta la recomendación de reposo relativo en domicilio, analgesia con paracetamol y volver a Urgencias si sangrado mayor o dolor abdominal más intenso.

Precisa que, si bien en la paciente se asociaban factores de riesgo como la edad tardía, el antecedente de un aborto anterior y un útero polímiomatoso, no se puede saber de antemano si una amenaza de aborto va a progresar a un aborto espontáneo o si el embarazo va a llegar a término y que lamentablemente, dos días después de haber estado en Urgencias, la paciente sufrió un aborto espontáneo incompleto en domicilio.

Asevera “*sin miedo a equivocarnos*”, que se puede calificar de correcta y adecuada la atención sanitaria que ante esa situación recibió, tanto por parte del SUMMA 112 como por parte del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUG, en el que estuvo hospitalizada durante tres días tras realizarle un legrado evacuador por persistir sangrado a causa de la existencia de restos deciduales. Considera que las actuaciones sanitarias que se han llevado a cabo en todo el proceso

son acordes con las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y demás revisiones bibliográficas que se han tenido en cuenta para su informe.

En cuanto al ingreso en el Hospital de Fuenlabrada, por clínica de disnea y dolor torácico, apreciándose radiológicamente edema intersticial pulmonar con derrame pleural bilateral y siendo diagnosticada de insuficiencia cardiaca, precisa que aunque se hace referencia a sobrecarga hidrática y sueroterapia abundante durante su ingreso en el HUG por el aborto espontáneo que sufrió, se ha podido constatar en las Hojas de enfermería de dicho hospital, que a la paciente se le transfundieron dos concentrados de hematíes (por Hb de 5,6 g/dl) y solo le administraron 500 ml de suero glucosalino, cantidad que no se aprecia como suficiente para considerarla una sobrecarga hidrática.

Concluye que la asistencia prestada a esta paciente en el HUG ha sido la adecuada. 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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...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”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante por parte del HUG.

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 septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 365/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid