

Dictamen nº: **18/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.01.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de enero de 2021, 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 sanitaria promovido por Dña. (en adelante “*la reclamante*”), por los daños sufridos después de una cesárea practicada en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 3 de diciembre de 2018, la persona referida en el encabezamiento formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la cesárea practicada durante el parto, en el Hospital Universitario La Paz.

El escrito de reclamación relata la asistencia recibida desde su ingreso hospitalario el 8 de noviembre de 2017 en que la reclamante acudió a Urgencias por contracciones, siendo trasladada al paritorio. Refiere que como el feto tuvo bradicardia, se realizó una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal y que cuando la niña nació, esta precisó reanimación siendo trasladada a la Unidad de Neonatología.

La reclamante refiere que tras el alumbramiento *“en la madrugada del 10/11/18 al 11/11/18”* (sic) comenzó con un dolor abdominal muy intenso, por lo que la dejaron ingresada un día más y el día 12 de noviembre de 2017 le dieron el alta a ella, y el día 15 a la niña.

Indica que esa misma noche en su casa, vio salir abundante pus de la incisión quirúrgica realizada por la cesárea y que el día 16 de noviembre acudió a Urgencias, quedando ingresada con el diagnóstico de *“infección de herida quirúrgica”*, hasta el día 20 de ese mes en el que, tras realizarle una ecografía abdominal, le dieron el alta.

Continúa relatando que seguía con fiebre y dolor abdominal hasta el día 24 de noviembre en que empezó a vomitar todo el líquido ingerido a lo largo del día, por lo que fue nuevamente a Urgencias. Allí solicitan un TAC y al día siguiente, le realizan una laparotomía exploradora de absceso abdominal que permite observar una perforación en yeyuno medio de 2-3 mm, por lo que se le realiza una resección intestinal de unos 40-50 cm de yeyuno. El día 5 de diciembre de 2017 le dan el alta.

Refiere que después de ello, continuó el dolor abdominal fuerte, que la herida quirúrgica se le abrió en varios puntos, que tiene *“dos cicatrices poco estéticas y que, si algún día necesitara otra intervención abdominal, tendría más riesgo de complicación”*.

Finaliza indicando que hubo una conducta negligente del personal médico que la atendió y que debido a ello se ha visto obligada a sufrir dolores, molestias y una resección intestinal que nunca debió haber padecido, y que no tiene el deber jurídico de soportar.

Cuantifica la indemnización solicitada en 24.000 euros, de los que 4.000 euros son por los días de impedimento *“en que sufrí fuertes dolores y no pude disfrutar convenientemente de mi recién nacida”*; y 20.000 euros, por las secuelas de la resección intestinal, dolor abdominal, malestar constante y *“el condicionamiento para mi futuro”*.

Se acompaña a la solicitud de reclamación (folios 1 a 26 del expediente administrativo) diversos informes médicos del propio hospital.

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

1.- La reclamante de 41 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de apendicectomía y una cesárea anterior, acude el día 8 de noviembre de 2017, a Urgencias del Hospital La Paz, por contracciones uterinas y vómitos, gestante en la semana 41.

La paciente refiere pérdida dudosa de líquido amniótico de dos días de evolución, secundario a la rotura previa de la bolsa amniótica. El diagnóstico es de rotura prematura de membranas y parto en curso. Queda ingresada en el Servicio de Obstetricia y consta firmado un documento de consentimiento informado con esa fecha para anestesia epidural obstétrica. (Folios 74 a 77)

La exploración obstétrica refiere un cérvix con 4 cm. de dilatación y presentación cefálica. Tras la administración de enema, se inició la monitorización fetal a las 4:20 horas y se le administra la anestesia epidural. Se decide tomar una muestra de sangre de la calota fetal para la determinación del pH, y tras el resultado se indica cesárea de urgencia, por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

El nacimiento tiene lugar a las 6:21 horas de una niña de 3.250gr, con test de Apgar 2/6 y pH 6,87, siendo trasladada a la clínica infantil. En la historia se describe la extracción del feto con dificultad y como incidencia constan *“importantes adherencias de la fascia que dificultan la entrada en la cavidad pélvica. Se necesitó la sección de los músculos rectos anteriores para ampliar campo quirúrgico. Prolongación del ángulo de histerotomía izquierda hasta cérvix que precisa de puntos adicionales, necesidad de extraer el útero de la cavidad pélvica. Necesidad de dejar*

material hemostático en lecho quirúrgico". Se anota orina clara y recuento correcto en el protocolo médico y en la hoja de enfermería. A las 17:13 horas se realiza una radiografía de abdomen en la cual no se identifican cuerpos extraños.

Los días 9 a 11 de noviembre la paciente está afebril, con buen estado general y micción espontánea. Herida con buen aspecto. El postoperatorio transcurre con normalidad, si bien la paciente refiere dolor abdominal intenso el día 11. La exploración muestra un abdomen blando y depresible, el útero bien contraído y la cicatriz con buen aspecto. Se produce una deposición, y ante la mejoría, la paciente es dada de alta el 12 de noviembre.

2.- La reclamante acude a Urgencias hospitalarias el 16 de noviembre de 2017 (folios 38 a 40) por dolor abdominal de varios días de evolución, inflamación y supuración de la herida quirúrgica. Refiere fiebre de 38,5°C. Se observa supuración espontánea de material purulento por la herida quirúrgica. Sin signos de irritación peritoneal. Se le diagnostica infección de la herida quirúrgica y la paciente queda ingresada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología administrándole tratamiento antibiótico intravenoso y analgesia. Se le realiza una analítica sanguínea y un cultivo del pus, en el que se aíslan anaerobios y *gardnerella vaginalis*. Se practica una apertura parcial de la herida quirúrgica, con salida de abundante material purulento.

Se le realizó una ecografía que muestra aparato genital interno de aspecto puerperal normal. Útero subinvolucionado, sin observarse restos en su interior. Ambos riñones presentan un aspecto normal, sin observarse dilataciones. No líquido libre a nivel abdominal, tan sólo en el flanco izquierdo que se interpretó como "*cambio postquirúrgico en vías de reabsorción*".

Se le da de alta el 20 de noviembre con la indicación de retirada de las grapas en su centro de salud, pautándole Augmentine cada 8 horas

durante 10 días.

3.- El día 24 de noviembre de 2017 (folios 134 y ss) acude nuevamente a Urgencias por fiebre y dolor abdominal intenso con náuseas y vómitos asociados desde el día anterior. Dolor en epigastrio constante, opresivo y punzante. Refiere la última deposición escasa el día anterior, y fiebre de 38,4°C. No síndrome miccional, ni sangrado.

Queda ingresada en el Servicio de Ginecología donde el 25 de noviembre, se le realiza un TAC y una cirugía con drenaje de absceso en flanco izquierdo, de unos 10 cm, con salida de material purulento que se envía a cultivo. Consta firmado un documento de consentimiento informado ese día para “*anestesia general/local regional/sedación*”, y otro el día 26 de noviembre para “*transfusión de componentes sanguíneos*” (folios 221 a 224).

Se avisa a Cirugía General, que realiza una ampliación de Pfannacustiel en el lado izquierdo con sección de recto izquierdo. Ante la imposibilidad de acceder al conglomerado infeccioso se realiza laparotomía media infraumbilical: liberación de asas intestinales con localización de perforación en yeyuno medio de 2-3mm con salida de contenido intestinal. Se revisa el resto del intestino que está muy edematizado. Se realiza una resección de 15 centímetros de yeyuno y anastomosis lateral manual, sin incidencias.

Por el Servicio de Ginecología se realiza una revisión de la cavidad uterina. No sangrado, orina clara. Reconstrucción y cierre de fascia.

La evolución de la paciente es favorable, con mejoría y buen estado general, siendo valorada por el Servicio de Cirugía General y el de Medicina Interna. Se decide el alta el día 5 de diciembre de 2017.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de

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

Se incorporó al expediente la historia clínica de la paciente y se aportó el informe del jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz, con fecha 15 de enero de 2019 (folios 230 y 231). En éste se precisa como datos anteriores a la cesárea, que se trató todo el embarazo en otro centro hospitalario, hasta la semana 38 de gestación en que acudió por primera vez al hospital, siendo el 3 de noviembre de 2017 la última visita en consulta. *“Se le dieron las recomendaciones para acudir a Urgencias si lo necesitaba, pero refería haber roto aguas (rotura de membranas) dos días antes de su ingreso y a pesar de ello, no acudió al hospital”.*

El informe refiere el trascurso del parto y sus incidencias y que se decidió la cesárea, indicando que se realizó profilaxis antibiótica por bolsa rota de más de 24 horas, con ampicilina y gentamicina, *“lo cual no excluye que se hubiera producido ya infección intraamniótica dado el tiempo pasado desde la rotura de la bolsa sin acudir al hospital. Este es un factor de riesgo de infección, tanto de la herida quirúrgica como intraabdominal”.*

Continúa señalando los dos ingresos que tuvieron lugar después del parto y en particular, el de 25 de noviembre, en el que la paciente refería dolor y fiebre. Indica que se realizó una laparotomía media infraumbilical por sospecha de absceso con posible involucración de asas y que se resecaron 15 cm de yeyuno. Y concluye: *“Es totalmente inhabitual que una perforación quirúrgica intestinal curse con un postoperatorio digestivo normal, con deposiciones normales según consta en la historia clínica y que tenga que ser reintervenido 17 días después de la primera intervención. (...) En cualquier caso, se realizaron todas las pruebas*

oportunas en función de la evolución del cuadro tal como se iba realizando el diagnóstico diferencial”.

Por la aseguradora del SERMAS, se emitió un informe firmado por especialista en Ginecología y Obstetricia y, además, miembro de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el 27 de mayo de 2019, en el que se analiza la atención sanitaria dispensada a la paciente en relación a la reintervención (laparotomía exploradora y resección de yeyuno) producida a los 17 días de la cesárea, y concluye que *“la atención médica dispensada a la paciente fue ajustada a la Lex Artis”*.

La Inspección Sanitaria, solicita los consentimientos informados de la *“cesárea y de la resección intestinal”* y se responde por el Hospital La Paz, el 28 de octubre de 2019 que no existe más documentación que la ya remitida anteriormente.

La Inspección emite informe de fecha 14 de noviembre de 2019, (folios 271 a 282) en el que tras analizar la reclamación, referir los hechos que constan acreditados en la historia clínica, explica en las consideraciones médicas lo que se entiende por cesárea, los casos en que procedería, las técnicas para su práctica y las posibles complicaciones que pueden surgir. Después, en el apartado de juicio crítico, hace suya la conclusión del informe del servicio afectado y finaliza indicando que la asistencia prestada está de acuerdo a *lex artis “tanto en las actuaciones diagnósticas como en los procedimientos terapéuticos empleados”*.

Terminada la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante que fue notificado el 25 de septiembre de 2020 y no consta presentado un escrito de alegaciones.

El 12 de noviembre de 2020, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, al considerar que la atención médica dispensada a la paciente fue acorde a

la *lex artis* y que el daño por el que se reclama no es antijurídico, recayendo sobre la interesada el deber de soportarlo.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 19 de noviembre de 2020, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 545/20, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión de 19 de enero de 2021.

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 € y por solicitud de órgano legitimado para ello de conformidad con 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, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo

32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto que ha sufrido el daño que imputa a la actuación médica durante la asistencia sanitaria en el referido hospital.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, estando integrado el Hospital Universitario La Paz en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (*ex* artículo 67 LPAC). En el presente caso, la actuación médica origen de la reclamación es la producida tras el parto acaecido el 8 de noviembre de 2017. Después, hubo de practicarse la resección intestinal, siendo el *dies a quo* del plazo para reclamar, el 5 de diciembre de 2017, en que dan de alta hospitalaria a la paciente; por lo que la reclamación interpuesta el 3 de diciembre de 2018 estaría formulada en plazo.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recibido la historia clínica de la paciente e incorporado al expediente y se ha recabado el informe del servicio del hospital al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, respectivamente; además, consta también emitido el informe de la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de todo ello al expediente, se dio audiencia a la reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que no presentó escrito de alegaciones.

Finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC. 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 art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada actualmente por la LRJSP, en sus artículos 32 y siguientes.

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 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014), requiere el cumplimiento de los requisitos siguientes:

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

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

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009

(recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público, en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo en jurisprudencia reiterada (por todas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de 19 de mayo de 2015, recurso de casación 4397/2010) ha señalado 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 análogo sentido, la sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016).

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, conforme al artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse 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, lo que no es el caso.

Finalmente, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios (y no de resultados concretos) debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: *“La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

CUARTA.- Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir, en primer lugar, de si existe ese daño. En efecto, éste se ha producido ya que la paciente tuvo que ser atendida, varias veces en Urgencias con posterioridad a la práctica de la cesárea y al nacimiento de su hija, al sufrir una complicación por infección de la herida quirúrgica primero y después, ante una perforación intestinal hubo de practicársele una resección.

Procede ahora analizar si existe relación de causalidad entre la actuación del personal sanitario tras el parto por cesárea y el daño que sufrió la reclamante, ya que esta reprocha *“una conducta negligente”* de los médicos que la atendieron. En concreto, hay que partir del hecho de que se detectó una bradicardia en el *nasciturus*, por lo que se indicó una cesárea urgente, cuya práctica no se discute por la reclamante, ya que figura como necesaria por el riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Además, según consta en la historia clínica y refiere el informe del servicio afectado, la reclamante había roto las membranas de la bolsa amniótica dos días antes de ir a Urgencias al hospital y pese a ello, no acudió en el momento en que dicha rotura se produjo. El jefe del servicio afectado refiere la importancia de este dato previo y advierte de sus posibles consecuencias *“lo cual no excluye que se hubiera producido ya infección intraamniótica dado el tiempo pasado desde la rotura de la bolsa sin acudir al Hospital. Este es un factor de riesgo de infección, tanto de herida quirúrgica como intraabdominal”*. Por tanto, ha de tenerse en cuenta que este retraso -imputable a la paciente- tuvo unas posibles consecuencias en la aparición de ambas infecciones.

Así las cosas, hemos de analizar el reproche efectuado respecto de los daños sufridos por la paciente: la infección de la herida quirúrgica y la intestinal, resueltos en ambos casos de forma satisfactoria.

i) En el primero de los ingresos en Urgencias, se le diagnostica infección de la herida quirúrgica. La historia clínica refiere que la paciente sufrió una infección de la herida quirúrgica que precisó ingreso hospitalario durante cinco días con buena evolución. El informe pericial de la aseguradora del SERMAS señala en una de sus conclusiones que el tratamiento instaurado con antibioticoterapia intravenosa y curas de la herida se reputa como adecuado. Y que *“durante el ingreso hospitalario se le realizaron las exploraciones y pruebas habituales: exploración clínica y toma de constantes, pase de planta por facultativos, curas diarias con*

toma de cultivos, analítica de sangre y ecografía transvaginal y transabdominal con un equipo ecográfico de alta resolución”.

Además, conforme al informe pericial de la aseguradora del SERMAS y el de la Inspección, la infección de la herida quirúrgica es una complicación posible entre las habituales de un parto con cesárea. Por ello, no habría aquí, daño antijurídico.

En este punto concreto es cuando la reclamante manifiesta que en las visitas que recibía de los médicos *“les expresaba mi preocupación de que fuera algo más que una simple infección de herida quirúrgica (...) Todos hablaban del alta como si fuera en el único objetivo para ellos”.*

Este reproche es el de un alta indebida y hemos de analizarlo en primer lugar, con la historia clínica y después, con la explicación dada por el servicio afectado. La primera refleja que durante este ingreso se le hizo una ecografía abdominal y, por tanto, ante el dolor abdominal que presentaba la paciente, hay una prueba diagnóstica adecuada. El resultado anotado es *“Útero subinvolucionado, sin restos intracavitarios en su interior. Ambos riñones presentan aspecto normal, sin dilataciones. No líquido libre a nivel abdominal, tan sólo en flanco izquierdo imagen de contenido ecomixto de 33 X 44 compatible con colección, posible coágulo organizado. No se visualiza hematoma de pared”.*

Por tanto, el facultativo que examina la ecografía entiende que no hay signos de alarma respecto del líquido encontrado y en cualquier caso, no se ve ningún hematoma. El alta -que la Inspección Médica reputa como correcta- se le da el día 20 de noviembre de 2017, *“encontrándose la paciente afebril, con buen estado general y con deposiciones”*, tal y como refleja *“la hoja de comentarios evolutivos”.*

De lo cual deducimos que no hubo falta de realización de pruebas diagnósticas, ni negligencia por un alta precipitada.

ii) Respecto del segundo ingreso en Urgencias producido el 24 de noviembre, es de advertir que la paciente acudió por “*dolor agudo en el abdomen*” y además “*constante y punzante en el epigastrio*” es decir, otra sintomatología distinta, por lo que existiendo nuevos signos clínicos, se le realiza un TAC y tras sus resultados, se practicó una laparotomía de urgencia, que es una cirugía que permite examinar los daños en el abdomen, y que la Inspección avala como técnica correcta en sus consideraciones médicas.

El motivo de que surgiera esta infección intestinal a los pocos días del alta anterior, es lo que ha de examinarse teniendo en cuenta que los informes coinciden en que “*no es habitual*”.

La explicación que da el facultativo en el informe posterior a la reclamación y que la Inspección asume en el apartado *Juicio crítico* de su informe, es la siguiente: “*Normalmente una paciente con perforación no se suele ir de alta porque el curso postoperatorio no lo permite. Por todo ello, no está claro si se produjo una perforación quirúrgica o fue primero el absceso que envolvió las asas. No son complicaciones habituales y menos con este curso clínico pero pueden producirse, sobre todo, en circunstancias de emergencia y con una pared abdominal previamente alterada por la cirugía previa*”.

El origen de la perforación intestinal, según refiere el informe del jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Paz, hemos de ponerlo en relación con que previamente, la reclamante sufrió la rotura de la bolsa amniótica sin acudir al hospital hasta dos días después, lo que pudo tener consecuencias en forma de infección intestinal. A ello se añade que la Inspección refiere en su informe entre las complicaciones de la cirugía ginecológica, específicamente “*las complicaciones digestivas*”, por lo que entendemos que lo sufrido por la paciente fue complicación no deseada e infrecuente de este tipo de

partos con cesárea, y que no fue debido a una falta de atención o cuidado por parte de los profesionales sanitarios.

Los informes médicos que obran en el expediente no han sido contradichos mediante prueba pericial aportada por la reclamante, por lo que habiendo dado el servicio afectado una explicación razonable, procede estar a la conclusión de la Inspección de que la atención a la paciente ha sido conforme a la *lex artis*. 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 de 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 cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al haberse respetado la *lex artis* y no ser antijurídico el daño producido 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 19 de enero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 18/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid