Dictamen nº: **90/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de febrero de 2023, 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 el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ……, por los daños y perjuicios derivados de la intervención de sigmoidectomía laparoscópica que le fue practicada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a cuyas pretendidas deficiencias atribuye los posteriores problemas de eventración que ha sufrido.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante, mediante escrito presentado en el registro de la Consejería de Sanidad, el día 22 de agosto de 2019, en modelo de formulario general de responsabilidad patrimonial de la administración pública, formuló reclamación frente al SERMAS, por importe de 40.000 €.

Por toda indicación sobre los motivos de la reclamación se hacía constar "*operación de hernia inguinal, operada y reproducción de daños desde operación, -ilegible-…no poder hacer mis labores durante 10 meses…pendiente de nueva operación*".

Tras efectuarse un requerimiento a la interesada desde el Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS para que procediera a la subsanación y mejora de su solicitud, que le fue notificado el 17 de septiembre de 2019; la reclamante presentó nueva solicitud complementaria en la dependencia municipal de la Oficina de Atención al Ciudadano del distrito de Moratalaz, el día 26 de septiembre de 2019. En la misma, mediante un escrito de difícil lectura, relató que sufrió diversas complicaciones tras una intervención de sigmoidectomía laparoscópica que le fue practicada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Los problemas consistieron, principalmente, en diversas eventraciones sucesivas, destacando que esa situación le impide coger pesos y le obliga a llevar una faja de sujeción abdominal- folio 164-.

Adjuntó a sus dos escritos diversa documentación médica.

SEGUNDO.- A la vista de los hechos consignados en la historia clínica de la paciente, destacamos los siguientes datos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, con 60 de edad en la fecha de la asistencia cuestionada, presentaba como antecedentes médicos de interés: obesidad, con índice de masa muscular de 33 (talla 158, y 82 Kg); hipertensión arterial; asma bronquial; hipotiroidismo subclínico; cirugía de hiato en 2001 que estaba en estudio por posible recidiva; cirugía de hernia discal intervenida en 2009 con laminectomía y en 2015 con microdiscectomía; dislipemia y múltiples episodios de diverticulitis aguda no complicada en el sigma, por los que había sido atendida en diferentes hospitales, con anterioridad al 2017. Además, padecía alergia al yodo, mala tolerancia al Defalzacor, Nolotil, Tramadol y B-bloqueantes y mantenía tratamiento habitual con Enalapril.

Según refleja la historia clínica remitida, la paciente acudió el 24 de junio de 2017 a las Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con un cuadro de diverticulitis aguda no complicada, habiendo

sufrido anteriormente otros episodios similares de los que fue atendida en servicios de urgencia de diversos hospitales.

Se la ingresó en el Servicio de Cirugía General, por mal control del dolor, ante la intolerancia de la paciente a la medicación analgésica, siendo tratada con antibioterapia intravenosa. Experimentando mejoría y buena evolución, fue dada de alta el día 27 de junio de 2017, para seguir con antibioterapia oral en su domicilio.

El 25 de julio de 2017 en consulta de Cirugía Colorrectal se valoraron los episodios recurrentes que había sufrido en ocasiones anteriores y se la incluyó en la lista de espera quirúrgica con el diagnostico de diverticulosis, con varios episodios previos de diverticulitis aguda. La paciente firmó el correspondiente documento de consentimiento informado para la realización de una resección segmentaria laparoscópica de colon, que recoge la posibilidad de que se produjeran infecciones tras la intervención, aunque con menor incidencia en las de tipo laparoscópico, como la que se proponía. También se indicaba que uno de los beneficios de este tipo de intervención era la disminución del riesgo de hernias postoperatorias, pero que no se eliminaba completamente esa posibilidad y que esa complicación pudiera requerir una nueva intervención quirúrgica - folios119 y 120-.

El 17 de agosto de 2017 se efectuó la valoración preanestésica de la paciente y fue intervenida el día 14 de enero de 2018, practicándole una resección segmentaria laparoscópica de colon y comprobando en el subsiguiente estudio histológico de Anatomía Patológica la existencia de divertículos de sigma, no complicados.

Presentando la paciente buena evolución, recibió el alta 3 días después.

En consulta de seguimiento, del día 12 de febrero de 2018, se anotó la buena evolución de la intervención practicada, salvo la infección de uno de los agujeros de los trocares.

El 10 de mayo de 2018, efectuó nueva consulta por presentar una tumoración en la cicatriz de la pieza quirúrgica, que producía molestias a la paciente desde hacía un mes. Se solicitó entonces un TAC abdominal que se practicó el día 3 de junio de 2018.

El 11 de junio de 2018, nuevamente en consulta, se valoró el TAC y se exploró a la paciente, constatando un saco herniario de 6 centímetros. Se informó a la paciente y se la incluyó en la lista de espera quirúrgica para reparar la eventración, firmando el correspondiente documento de consentimiento informado.

En este nuevo documento de consentimiento informado se indicaba que "*la eventración es un defecto de la pared abdominal sobre una zona operada con anterioridad… que mediante ese procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal, evitando su aumento progresivo y eliminar el riesgo de estrangulación, que obligaría a una cirugía urgente*". En cuanto a los riesgos típicos, se recogían el de la infección, el sangrado, la colección de líquido en la herida, o la flebitis y como otros riesgos infrecuentes, la obstrucción intestinal, el rechazo de la malla o la reproducción de la eventración, entre otros- folios 72 a 77-.

El 18 de julio de 2018 se efectuó la correspondiente valoración preanestésica y el día 19 de octubre de 2018 se practicó la intervención, cerrando el defecto herniario colocando una malla de polipropileno supra-aponeurótica y recibiendo el alta la paciente 3 días después, portando drenaje subcutáneo, que fue retirado en valoración ambulatoria del día 22 de octubre de 2018.

El 19 de noviembre de 2018 fue revisada, manifestando únicamente quejas propias del posoperatorio inmediato.

El día 10 de diciembre de 2018 tuvo lugar una nueva revisión en el Servicio de Cirugía Colorrectal, sin encontrar complicaciones de la intervención realizada y se propuso revisión en un año; aunque la paciente acudió algún tiempo antes, concretamente el 10 de junio de 2019, al presentar la aparición de una masa en la cicatriz de la eventroplastia. Dado que en la exploración efectuada no se apreciaban los límites del anillo herniario, se solicitó un TAC.

El 10 de agosto de 2019 se analizaron los resultados del TAC, constatando una recidiva de la eventración, con orificio herniario de 7 centímetros, apreciándose asas intestinales dentro de la hernia y sin presentar obstrucción intestinal.

Ante el nuevo hallazgo se incluyó de nuevo a la paciente en lista de espera quirúrgica, para practicarle una cirugía abierta de la eventración, tal como se hizo el año anterior. Se efectuó nuevamente el correspondiente informe preanestésico, el día 17 de septiembre de 2019.

El 20 de noviembre de 2019 se la intervino por tercera vez, observando la debilidad de la pared abdominal y que la malla se había integrado en el saco herniario. Ante tal situación, se colocó una nueva malla de propileno y presentando buena evolución postoperatoria, se dio el alta a la paciente dos días después.

El 17 de enero de 2020 se revisó la intervención constatando el buen aspecto de la herida quirúrgica, sin signos de complicación.

Meses después, en revisión del 11 de agosto de 2020, la paciente refirió dolor y aumento de volumen en la zona, explicando haber sufrido una caída, al mes de ser intervenida. Se pidió un TAC que se le realizó en el mes de octubre de 2020.

En la posterior consulta de revisión del día 15 de octubre de 2020 y se comprobó que la paciente había ganado peso y, según se constataba en el TAC, existía una herniación de la pared abdominal. La paciente fue remitida a la *"Unidad de Pared Compleja"* del Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y fue atendida en consulta de dicha unidad el día 22 de octubre. Se solicitó el correspondiente estudio preanestésico actualizado, que se llevó a efecto el 30 de junio de 2021.

El 2 de julio de 2021 se intervino por cuarta vez a la paciente, resecando el saco herniario y colocando una nueva malla, recibiendo el alta domiciliaria 5 días después. En consulta del 25 de agosto de 2021 se constató el buen aspecto de la herida y se programó una revisión en 6 meses.

Consta en la documentación remitida la existencia de una consulta posterior, en el mes de septiembre de 2022, en el Área de Cirugía, en la que la paciente solicitó una pensión por invalidez, pero no se informó el agravamiento de su situación, ni la presencia de ninguna complicación posterior a la consulta de 21 de agosto de 2021.

TERCERO.- Recibida la escueta reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, con fecha 9 de septiembre de 2019, se remitió un escrito a la interesada en el que se le comunicaba que su reclamación había sido admitida a trámite y que, al objeto de iniciar el correspondiente procedimiento, se le requería para que, en el plazo de diez días, a contar desde el siguiente a su recibo, subsanara su solicitud manifestando los hechos, razones y petición en que se concreta con toda claridad. También debería especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público, así como los centros sanitarios objeto de reproche en cada caso –folio 16-.

Adicionalmente se puso en conocimiento de la aseguradora del SERMAS la reclamación.

Al no darse cumplimiento a lo interesado en plazo, inicialmente se tuvo a la reclamante por desistida de su petición, al amparo de las previsiones de los artículos 66, 67.2 y 68 de la LPAC y así se declaró en resolución de 7 de noviembre de 2019, que fue notificada a la afectada el día 22 de noviembre.

Entre tanto, el día 26 de septiembre de 2019, la reclamante había presentado una nueva solicitud complementaria de la primeramente efectuada, en la dependencia municipal de la Oficina de Atención al Ciudadano del distrito de Moratalaz. En la misma amplió el relato de su asistencia y determinó los motivos por lo que la cuestionaba -folio 164-. Mediante un nuevo escrito de 28 de noviembre de 2019, *"solicitaba ser contestada en breve a su reclamación"*.

En virtud de esos dos nuevos escritos, en los que se manifestaba claramente la voluntad de la afectada de continuar con su reclamación, se consideró formulado recurso de reposición frente a la resolución de archivo y se acordó su estimación, con la subsiguiente reapertura del procedimiento, mediante otra resolución de 11 de junio de 2020, notificada a la reclamante el día 22 del mismo mes y año, en la que se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP) - folios 25 al 28-.

Se comunicó la reclamación al Hospital General Universitario Gregorio Marañón y se interesó la remisión de la historia clínica de la reclamante y la emisión de informe por el responsable de las atenciones cuestionadas.

Consta remitida la documentación relativa a todas las asistencias dispensadas en el centro hospitalario- folios 36 al 110- y, posteriormente, siendo remitido en ese estado el procedimiento a la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación de la Consejería de Sanidad, el día 17 de agosto de 2021, se devolvió el expediente para que fuera completada la tramitación, ante la falta del informe del servicio – folio111-.

Se ha adicionado posteriormente un informe, de fecha 10 de septiembre de 2021, suscrito por el responsable del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón que relata detenidamente todas las asistencias dispensadas a la paciente, desde el mes de junio de 2017, efectúa una serie de consideraciones médicas sobre todas ellas y concluye que, en relación con esta paciente, la primera intervención quirúrgica de enero de 2018 se encontraba plenamente justificada ya que se trata de una paciente con varios episodios de diverticulitis, que le habían causado infecciones y podrían producir complicaciones mayores. También se considera adecuada la técnica laparoscópica empleada, por tener menos complicaciones y, no obstante, se incide en que todas las que se han dado, se encontraban previstas en los documentos de consentimiento informado que suscribió la paciente y se propiciaron por afectar a una pared abdominal muy delgada y deteriorada y por el sobrepeso de la paciente -sobre todo durante la recuperación de la tercera intervención- y por un traumatismo en la zona de la herida.

Finalmente, se indica que, desde la intervención de julio de 2021 y gracias a la atención dispensada en la Unidad de Pared Compleja del hospital, la situación se ha resuelto, según resulta de la última consulta en el Servicio de Cirugía, de septiembre de 2022.

Con posterioridad, consta otra solicitud de la Inspección Sanitaria, para que se procediera a la incorporación al expediente de dos de los documentos de consentimiento informado que faltaban, aunque en el

informe últimamente aludido se indicaba expresamente que existían y que la paciente había sido informada ampliamente- folio 118-.

Los documentos de consentimiento interesados, han sido incorporados al expediente, en los folios 119 al 135-.

A continuación, fue emitido un cumplido informe por parte de la Inspección Sanitaria, de fecha 5 de septiembre de 2022, en el que se concluye que no se aprecia ningún signo de mala praxis en este caso. Se han efectuado correcciones sobre algunos datos de ese informe en otro posterior, de fecha 5 de octubre de 2022, también adicionado, aunque no contiene modificación alguna en sus conclusiones- folios 136 al 146-.

Posteriormente se concedió trámite de audiencia a la reclamante, constando la notificación del trámite el día 22 de noviembre de 2022.

No fueron efectuadas alegaciones finales por la reclamante.

Incorporado todo ello al procedimiento, finalmente el día 25 de enero de 2023 se ha redactado la oportuna propuesta de resolución, proponiendo desestimar la reclamación, por no haberse acreditado mala praxis en la asistencia dispensada y considerar las complicaciones sufridas adecuadamente previstas en los documentos de consentimiento informado, que fueron firmados por la reclamante.

CUARTO.- El consejero de Sanidad mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 31de enero de 2023, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 23 febrero de 2023.

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 euros y 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, al haberse iniciado con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que está integrado en la red sanitaria pública 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 (cfr. artículo 67.1 de la

LPAC). En el caso sujeto a examen, se reclama por la asistencia de la intervención quirúrgica del día 14 de enero de 2018, cuyas complicaciones han determinado otras intervenciones posteriores y seguimiento, incluso hasta el año 2022, por lo que lógicamente la reclamación efectuada mucho antes, el 22 de agosto de 2019, se encuentra formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha incorporado la historia clínica de la paciente, se ha emitido informe por parte de la responsable de la asistencia cuestionada y se ha adicionado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se ha conferido trámite de audiencia y se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, de lo anterior cabe concluir que el procedimiento se ha tramitado de forma completa sin que se haya omitido ningún trámite que resulte esencial para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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.

El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC. 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 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

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, 16/22 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 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, alterándolo, en el nexo causal y sin que concurra una situación de 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*".

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 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, «*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"».

CUARTA.- En este caso, como ya hemos adelantado, la reclamante considera que medió negligencia en la intervención quirúrgica que se le practicó del día 14 de enero de 2018 y que ello ha propiciado diversas complicaciones posteriores, que han necesitado de otras intervenciones y de diversos tratamientos médicos adicionales, para solventar una infección de la incisión laparoscópica y tres eventraciones sucesivas, que se le han producido.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la reclamante, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 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".*

A partir de las anteriores premisas cabe considerar que la reclamante no ha aportado prueba alguna que acredite la infracción de la *lex artis* denunciada, ni el resto de los requisitos que exige la estimación de la responsabilidad de las administraciones públicas, limitándose a argumentar que la materialización de las complicaciones conduce a afirmar la negligencia en la primera intervención.

Sea como fuere, dado que le evidencia de las complicaciones producidas es clara, deberemos valorar si la decisión quirúrgica se adoptó de forma adecuada o no, porque eventualmente se omitiera algún medio

diagnóstico que resultara pertinente o, en su caso pudiera haber previsto las complicaciones; si su ejecución se llevó a efecto con diligencia y, también, si se cumplimentó adecuadamente el derecho a la información clínica de la paciente.

Respondiendo a estas cuestiones, tanto el informe del responsable del Servicio de Cirugía del hospital General Universitario Gregorio Marañón, como el de la Inspección Médica, destacan la necesidad y corrección de la primera intervención, así como el acierto de la elección de la técnica empleada, con menos riesgos añadidos y explican que su desarrollo fue correcto y ajustado al conocimiento de la ciencia en el momento en que se efectuó; pese a la sucesiva materialización de diversos riegos de la intervención originaria, de cuya existencia fue debidamente informada la paciente y estaban contemplados expresamente en los documentos de consentimiento informado que suscribió a lo largo de todo el proceso asistencial. También se explican los rasgos físicos personales de la paciente y otras circunstancias sobrevenidas –por ejemplo, sufrir un traumatismo en la zona de la intervención- que propiciaron que se produjeran complicaciones, tales como una infección de una de las incisiones efectuadas para llevar a efecto la laparotomía y, posteriormente, diversas eventraciones en el área de influencia de la intervención inicial, que hubo de resolver para evitar males mayores.

Según se explica en estos informes, la hernia incisional es una complicación común en la cirugía gastrointestinal, con una incidencia entre el 2 y el 20%. Las tasas más altas se producen tras la cirugía colorrectal y la cirugía vascular, siendo más frecuentes en las incisiones en línea media, que en las oblicuas o transversas.

El abordaje laparoscópico en estos casos también reduce las tasas de hernia incisional, aunque aún puede producirse esta complicación tanto a nivel de la incisión para la extracción de la pieza quirúrgica, como al nivel de las incisiones de los trocares.

Se añade que, a modo de precaución, se recomienda evitar esfuerzos y levantar pesos entre 6 y 12 semanas tras la reparación de una hernia incisional.

También se explica que, en las hernias incisionales reparadas, la tasa de nueva recidiva varía en la literatura, pudiendo alcanzar cotas del 23 al 50%, con un incremento en las tasas de complicaciones y recidiva en las sucesivas reparaciones, puesto que las operaciones en las hernias recidivadas son costosas y técnicamente exigentes por la alteración de los tejidos y de la anatomía, la posibilidad de extensas adherencias intra-abdominales, la presencia de mallas previas, una mayor frecuencia de fístulas y contaminación … haciendo que la cirugía de la recidiva sea técnicamente más dificultosa.

Cerrando el análisis teórico, se destacan algunos de los factores de riesgo, asociados a esta paciente, que favorecieron el desarrollo de una hernia incisional primaría y de las recidivadas. A saber: la obesidad, la presencia de pluripatologías, el tamaño del defecto, la insuficiencia respiratoria y el tratamiento con corticoides.

Y, en cuanto a la valoración de la concreta actuación desarrollada con la reclamante, se indica que: "*tanto el abordaje laparoscópico frente a laparotómico, como la incisión oblicua, el material de sutura -monofilamento reabsorbible a largo plazo- y la técnica de cierre empleados, son los actualmente recomendados para disminuir la incidencia de hernia incisional*". Finalmente se añade que, la evolución postoperatoria ínmediata cursa sin complicaciones y el seguimiento posterior es el adecuado.

A la vista de todo ello resulta debidamente justificado el tratamiento quirúrgico empleado, que resultó proporcionado a la patología previa de la paciente, según argumentan los especialistas informantes, considerando enteramente solventes las justificaciones aportadas.

Por último, en la medida en que en el supuesto analizado se materializaron riesgos de la técnica quirúrgica empleada, parece oportuno recordar que, esta Comisión Jurídica Asesora viene resaltando en sus dictámenes (por todos, el 54/18, de 8 de febrero) la necesidad de suministrar a los pacientes una información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, que viene impuesta legalmente en el artículo 4 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.

Además, el artículo 8 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que "*toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso*" y, en su apartado segundo que *"el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente"*.

La finalidad de esta información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española, según ha considerado el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

Pues bien, según ha quedado establecido al repasar los datos documentados del expediente, la paciente firmó el documento de consentimiento informado para la cirugía inicial, y en el mismo se

contemplaban expresamente los riesgos que luego se han materializado y que, afortunadamente parece que finalmente han logrado solucionarse, desde que la paciente fue remitida a la Unidad de Pared Compleja del Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

De ese modo, tras su análisis, la Inspección Médica concluye que, la paciente ha sido atendida conforme a la *lex artis* en todo momento, pese a la complejidad de este caso, 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 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): *"…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 presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia cuestionada.

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 23 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 90/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid