Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **284/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 15 de noviembre de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 17 de junio de 2022 (COMINTER 180405) y disco compacto (CD) recibido el día 21 de junio de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X, por daños debidos al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_201), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 28 de junio de 2018 D.ª X, asistida por un abogado, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que el 11 de diciembre de 2016 se le practicó una cesárea en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia.

También relata que acudió de nuevo, el 27 de enero de 2017, al HUVA porque, desde hacía cinco días, experimentaba un fuerte dolor localizado en la fosa iliaca derecha. En el Servicio de Urgencias se le realizó un análisis de orina con el que se le detectó leucocituria.

Ante la falta de mejoría y persistencia de dolor, regresó al citado hospital en la noche de ese mismo día y se le diagnosticó apendicitis o una pielonefritis aguda, es decir, una infección urinaria. No obstante, se le remitió al Servicio de Ginecología para que se le hiciese una segunda evaluación.

En ese Servicio se confirmó que su aparato genital se encontraba normal pese a la situación de puerperio en que se encontraba. Del mismo modo, se descartó una apendicitis. Por ello, se le remitió al Servicio de Medicina Interna, bajo cuyo cuidado quedó ingresada.

El 30 de enero de 2017 se consideró de nuevo que la reclamante sufría una pielonefritis aguda derecha complicada. Además, al día siguiente se le realizó una ecografía en la que no se constataron alteraciones, ni en el útero ni en los ovarios.

La interesada explica que se le concedió el alta el 8 de febrero de 2017 y que en el informe se aludía a que sufría una enfermedad inflamatoria pélvica en estado flemoso, presentando en el ovario una estructura fusiforme y serpiginosa de tres capas compatible con apéndice próxima a una lesión que podría corresponder a un engrosamiento flemoso de trompa primario o por proceso inflamatorio de vecindad.

También añade que tuvo que regresar al HUVA el 21 de febrero de 2017 porque seguía sufriendo dolor en la fosa

renal y flanco derechos, de tipo cólico y gran intensidad. Del mismo modo, manifiesta que experimentaba dolor en la fosa iliaca izquierda. Ante tal situación, se la ingresó para someterla a observación y valoración conjunta.

El día 22 se le realizó una ecografía ginecológica que determinó la existencia de un plastrón inflamatorio focalizado en la grasa de la fosa iliaca izquierda, adyacente al ovario izquierdo, que estaba aumentado de tamaño y con pequeños folículos en su interior. Por ello, se le realizó una adhesiolisis de adherencias epiploicas a pared abdominal y anejo izquierdo por posible enfermedad inflamatoria pélvica.

Como consecuencia de la intervención quirúrgica, se liberó el plastrón y se comprobó que el ovario izquierdo era normal y que únicamente se encontraba la trompa izquierda ligeramente endematosa. Por su parte, la trompa y el ovario derecho se encontraban adheridos al fondo de Douglas pero se presentaban normales. Destaca que, pese a la intervención, no se consiguió identificar el apéndice. Finalmente, el 3 de marzo de 2017 se le concedió el alta. Más tarde, el día 15 de ese mes, se descartó por el Área de Aparato Digestivo del HUVA cualquier enfermedad inflamatoria intestinal.

El 7 de junio de 2017 se le realizó un estudio de anatomía patológica mediante biopsia apendicular que permitió determinar que presentaba un tejido fibroadiposo con inflamación mixta de predominio crónico linfoplasmocitario, esteatonecrosis con frecuente reacción histocitaria con presencia de células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y una focal presencia de estructuras tipo granuloma con eosinófilos.

Para acreditar las secuelas que le ocasionó el mal funcionamiento del servicio sanitario aporta un informe de valoración del Daño Personal realizado por un médico el 28 de mayo de 2018 en el que, entre otras consideraciones se destaca que se le ha recomendado a la interesada que no se vuelva a quedar embarazada.

Así pues, considera que existe un nexo causal claro entre la pérdida de la capacidad para ser de nuevo madre, a pesar de que tenía 33 años en aquel momento, y la mala asistencia sanitaria que se le dispensó, y que concreta en las siguientes infracciones de la *lex artis*:

En primer lugar, en que no se valoró la posibilidad de que precisase una intervención quirúrgica urgente, aunque presentaba un dolor abdominal agudo, claramente de origen parietal debido a la reciente cesárea que se le había practicado, y de origen genitourinario.

Asimismo, destaca que no se le examinaron las cicatrices provocadas por la cesárea ni se valoraron otros signos clínicos. Considera que las características del dolor, los hallazgos clínicos con líquido libre, la afección de la grasa del mesenterio y los antecedentes que presentaba exigían que se le hubiese practicado una rápida intervención quirúrgica.

En tercer lugar, argumenta que esa sintomatología exigía que se le hubiesen realizado otras exploraciones complementarias como un hemograma, gasometría venosa o un control ecográfico.

En cuarto lugar, sostiene que la administración de antibióticos, sin que se hubiese alcanzado un diagnóstico fiable, provocó un enfriamiento de la lesión y una confusión diagnostica que acabaron agravando el cuadro clínico, lo que, a su vez, retrasó el diagnóstico real y causó graves consecuencias. Añade que, cuando por fin se llevó a cabo la cirugía, se comprobó la existencia de un plastrón inflamatorio que justificaba el cuadro y una amputación del apéndice, lo que resultaba compatible con la cesárea que se le había realizado con anterioridad.

Por lo que se refiere a la valoración del daño, la concreta en un total de 138.542,34 €, con arreglo al siguiente desglose:

a) Tabla 3:

1.- Perjuicio Personal Básico, 341 días: 10.281,15 €.

2.- Perjuicio Personal Particular Grave, 35 días: 2.638,3 €.

3.- Perjuicio Personal Particular Moderado, 20 días: 1.045,2 €.

b) Tabla 2:

1.- Baremo médico (40 puntos): 74.577,69 €.

2.- Perjuicio Moral por pérdida de la calidad de vida, en grado moderado: 50.000 €.

Junto con la solicitud de indemnización aporta numerosos documentos de carácter clínico y el informe de valoración del Daño Corporal ya citado.

SEGUNDO.- El 20 de julio de 2018 se solicita al letrado que acredite la representación con la que interviene en nombre de la reclamante.

Por ese motivo, la interesada presenta el 22 de octubre de 2018 una copia de la escritura del apoderamiento que le confirió a dicho abogado.

TERCERO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 28 de noviembre de 2018 y el día 30 de ese mes se pone ese hecho en conocimiento de la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área I de Salud que remita una copia de la historia clínica de la reclamante y los informes de los facultativos que la asistieron.

Esta solicitud de documentación e información se reitera el 1 de febrero de 2019.

CUARTO.- El 24 de abril de 2019 se recibe una copia de la historia clínica de la interesada y 7 discos compactos (CD) que contienen los resultados de las pruebas radiológicas que se realizaron. Asimismo, se aportan tres informes médicos.

El primero es el elaborado el 13 de marzo de 2019 por la Dra. D.ª Y, médica adjunta del Servicio de Digestivo, en el que explica que asistió a la reclamante en febrero de 2018 y que previamente, en febrero y marzo de 2017, fue tratada por otros dos compañeros de su especialidad.

Expone que la interesada les fue remitida por el Servicio de Ginecología porque sufría un dolor pélvico que persistía tras varios ingresos a cargo de ese Servicio y de los de Medicina Interna y Cirugía. Confirma que los dolores se acentuaron después de que se le practicase una cesárea, en diciembre de 2016.

Añade que en el Servicio de Ginecología se consideró adecuado realizar a esa interconsulta para descartar otras patologías que pudieran encontrar su origen en el aparato digestivo, fundamentalmente una enfermedad inflamatoria intestinal.

Relata que, por esa razón, se efectuaron dos exploraciones complementarias, que fueron una ileocolonoscopia y una EnteroRMN, y que las dos resultaron normales, con ausencia de una patología de origen digestivo en ese momento, por lo que se remitió de nuevo a la paciente a Ginecología con el diagnóstico de probable cuadro adherencial para continuar con control posterior.

El segundo informe, de notable extensión, es el suscrito el 14 de marzo de 2019 por la Dra. D.ª Z, médica adjunta del Servicio de Medicina Interna del HUVA.

En él ofrece una exposición muy detallada de la asistencia que se le dispensó a la reclamante y expresa su opinión (Apartado Sexto) de que, *“Tras la valoración a posteriori del cuadro clínico de la paciente, datos de laboratorio y de las técnicas de imagen repetidas y sobre todo por los hallazgos histológicos del material resecado en la laparotomía exploradora, el diagnóstico que más podría corresponder al cuadro clínico que ha tenido la enferma es el de una entidad de muy baja prevalencia y poco conocida que se denomina Apendagitis Epiploica Primaria”*.

Asimismo, expone que dichos apéndices epiploicos son estructuras adiposas que nacen en la superficie serosa del colon y que se proyectan hacia la cavidad peritoneal desde el ciego hasta la unión recto sigmoidea. También destaca que la apendagitis epiploica primaria está causada por el infarto venoso de un segmento del apéndice epiploico y que puede ocurrir a cualquier edad. También explica que produce cuadros de dolor abdominal generalmente autolimitados, aunque infrecuentemente puede provocar fiebre y datos analíticos inflamatorios.

Destaca, asimismo, que no precisa tratamiento quirúrgico, sobre todo en los últimos años con la realización de una TAC abdominal, y que suele tener un curso autolimitado en una o dos semanas.

Seguidamente apunta que sólo precisa tratamiento antiinflamatorio y que *"Se ha descrito un pequeño número de casos en los que el cuadro puede ser recurrente afectando a distintos segmentos de colon.*

Hay un caso referido en la literatura médica de apendagitis epiploica que simula enfermedad inflamatoria pélvica. El no haber diagnosticado a una enferma de una patología muy poco frecuente o prevalente y, por tanto, poco conocida, y cuyo tratamiento corresponde a analgésicos-antiinflamatorios, así como el transcurso de los días con buena evolución espontánea, no creo que haya tenido ninguna transcendencia en cuanto a perjuicios de ningún tipo de la enferma. El curso hacia bien de la paciente en los dos ingresos se puede explicar por la historia natural de la enfermedad, una vez conocida ésta".

El tercer y último informe, muy extenso también, es el realizado conjuntamente, el 5 de abril de 2019, por el Dr. D. P y la Dra. Dª. Q, médicos adjuntos del Servicio de Ginecología, en el que realizan una exposición exhaustiva de la asistencia que se le prestó a la reclamante.

Además, exponen que los hallazgos anatomopatológicos *"pueden corresponder a un cuadro de apendicitis decapitada por el tratamiento antibiótico (por la ausencia de microorganismos), mantenido durante varias semanas (como es el caso de la paciente, tres semanas), que daría lugar a la aparición de granulomas reactivos en el proceso de reabsorción y fagocitosis de restos bacterianos y celulares del proceso infeccioso, que se muestran en el examen como granulomas a cuerpo extraño con contenido adiposo (xantogranulomas o lipogranulomas)* […]*, así como también justificaría que en las exploraciones ecográficas del 31 de enero y 2 de febrero se visualizase el apéndice y que en la cirugía realizada tres semanas después éste se presentase como una estructura elástica, indurada que asemejaba un muñón, por el efecto de la inflamación crónica mantenida".*

De igual modo, añaden que *"De la revisión del historial clínico de la paciente, la patología que presenta y la evolución del caso, no se encuentra justificación alguna que sugiera pérdida de la capacidad reproductiva de la paciente, en tanto que estructuralmente desde el principio del caso como en las consultas realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca posteriormente a la intervención quirúrgica, se demuestra "aparato genital estructuralmente normal". En la intervención quirúrgica se constató indemnidad estructural del aparato genital de la paciente, no siendo practicada exéresis alguna del mismo, por lo que se puede afirmar que el proceso no ha originado pérdida de su capacidad reproductiva, como afirma en su reclamación. En su visita de control en Consultas de Ginecología el día 7 de junio de 2017 "se le aconseja no quedarse embarazada, va a utilizar MAC barrera? ??, que debe ser entendido en el contexto de cesárea reciente (diciembre de 2016), por lo que se recomienda esperar al menos 9 meses de período interciésico según las recomendaciones de los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia vigentes, de forma que no se trata de una prohibición absoluta, sino de una recomendación relativa y dentro del manejo general consensuado de futuras gestaciones tras una cesárea, como se desprende de que no se haga referencia a esta recomendación en las siguientes visitas de control en Ginecología (diciembre de 2017, marzo de 2018, ...)*

(…)

El período de tiempo transcurrido entre la cesárea y la aparición de los primeros síntomas (47 días) excede el período en que se suele presentar las complicaciones propias de una cesárea, que, dentro del cuadro de posible absceso abdominal como sugieren en la reclamación, se presentaría como fiebre puerperal entre el 2º y el 10° día tras la cesárea, por lo que presumiblemente, el cuadro clínico que la paciente presentó no fue secundario a la misma.

La indicación para realizar un procedimiento quirúrgico para examinar a un paciente que consulta por dolor abdominal viene marcada por la clínica del mismo, es decir, si en la exploración clínica presenta un abdomen agudo, que no se evidencia en las exploraciones reflejadas en los informes de Urgencias, ni de ingreso, ni durante la evolución, presentando una clínica abdominal atípica y confusa (dolor lumbar, cervical, abdominal, etc.), y no por los hallazgos inespecíficos de pruebas complementarias de dudosa correlación clínica con el cuadro que la paciente presentaba, por lo que la decisión de administrar tratamiento médico se ajusta también a la Lex Artis ad hoc.

En la argumentación sugieren que durante la cesárea, realizada el 17 de diciembre de 2016, se le practicó una apendicectomía, que no se encuentra reflejada en ninguno de los informes de su historial clínico, y que se demuestra que no fue realizada, mediante los exámenes ecográficos que identifican el apéndice cecal, posiblemente inflamado (ver informes ecográficos del 31 de enero de 2017 y del 2 de febrero de 2017), que en el contexto de una apendicitis, como se ha expuesto anteriormente, puede justificar un acortamiento y fibrosis del apéndice con los hallazgos descritos en el informe de Anatomía Patológica del 17 de marzo de 2017, por lo que su argumentación, no tiene fundamentación clínica ni real.

El diagnóstico final más probable, teniendo en cuenta el informe de Anatomía Patológica, es de Apendicitis aguda, con plastrón epiploico reactivo, que fue resuelto en la intervención quirúrgica practicada, con evolución postquirúrgica favorable".

QUINTO.- El 29 de julio de 2019 se recibe el informe elaborado por el Dr. D. S, facultativo del Servicio de Cirugía General, en el que relata la asistencia que prestó a la reclamante el 22 de febrero de 2017, a requerimiento de los ginecólogos que la estaban atendiendo en ese momento.

En este sentido, relata que *"Acudimos a dicho quirófano el equipo de guardia de Cirugía General, y se decide convertir a laparotomía suprainfraumbilical objetivando plastrón inflamatorio en ovario/trompa izquierda que implica al epiplon mayor, ovario izquierdo y tromba edematizada con necrosis en fimbrias y adherencias en toda la cavidad abdominal. Se realiza disección cuidadosa del plastrón, resecando segmento de epiplon adherido a ovario y trompa, sin apreciar salida de pus en ningún momento. Se realiza disección cuidadosa identificando ovario izquierdo, con trompa edematosa, sin otras alteraciones"*.

Por último, precisa que el postoperatorio fue satisfactorio y que se dio de alta a la interesada el 3 de marzo de 2017.

SEXTO.- El 30 de julio de 2019 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SÉPTIMO.- El 16 de febrero de 2020 se recibe una copia del Decreto dictado el 10 de diciembre de 2019 por el Letrado de la Administración de Justicia en la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (Procedimiento Ordinario núm. 302/2019).

En él se expone que se ha admitido a trámite el recurso contencioso-administrativo que la reclamante ha interpuesto contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial que formuló.

Por ello, solicita que se le remita el expediente administrativo y que se realicen los emplazamientos de los que aparezcan como interesados en el procedimiento.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe pericial, elaborado conjuntamente el 12 de diciembre de 2019 a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por dos médicos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que se recogen las siguientes conclusiones generales:

“1. La paciente no ha presentado documentación adjunta que justifique su incapacidad para poder ser madre.

2. En el supuesto de que así fuera, es una consecuencia de su cuadro clínico -cuadro infeccioso abdominal no agudo-, y no de un manejo médico deficiente.

3. Lo cierto es que se trata de un cuadro clínico abdominal infeccioso no agudo, aunque no importe la verdadera etiología -piolonefritis aguda, apendicitis aguda decapitada, apendagitis aguda, EIP-. En cualquier caso, por no ser un cuadro agudo, pero sí infeccioso, el manejo terapéutico es el efectuado: antibiótico, reposo digestivo y analgesia.

4. De los cuadros clínicos posibles me inclino por el de apendagitis aguda. El diagnóstico no es rotundo porque se ha hecho por exclusión”.

Y se concluye finalmente que *“No hay datos a partir de los cuales se pueda concluir que haya habido mala práctica médica”*.

Se envía una copia de este informe a la Inspección Médica el 20 de abril de 2020.

NOVENO.- El 11 de mayo de 2020 se recibe el informe realizado por la Inspección Médica el día 8 de ese mes en el que se concluye que, desde un punto de vista médico, no se aprecian actuaciones contrarias a la *Lex Artis*.

También se propone que se incorporen al expediente los resultados de ciertas pruebas médicas que se han obtenido (ecografías de 28 y 31 de enero de 2011; 7 de junio de 2017, 5 de marzo de 2018 y 6 de marzo de 20199) y que se solicite al Servicio de Ginecología y Obstetricia que ha tratado a la paciente que informe si presenta alguna causa médica objetiva que le impida un nuevo embarazo y, por tanto, limite su fertilidad.

DÉCIMO.- El órgano instructor solicita el 21 de mayo de 2020 a la Dirección Gerencia del Área I de Salud que se elabore el informe propuesto por la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- El 2 de junio de 2020 se recibe el informe suscrito el día anterior por el Dr. D. T, Jefe de Servicio de Ginecología, con el que adjunta el informe elaborado el 28 de mayo por el Jefe de Sección de Reproducción Asistida, el Dr. D. R.

En ese informe se explica que *“La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es la infección grave más común en las mujeres. La enfermedad inflamatoria pélvica es la causa de aproximadamente el 30% de la Infertilidad, el 50% de los embarazos ectópicos, y es una de las causas más comunes de dolor pélvico crónico potencialmente prevenible* (…)*.*

La importancia de la trompa en el proceso reproductivo radica en las múltiples funciones que desempeña esta estructura en las etapas Iniciales: captación del óvulo, transporte de gametos y del óvulo fertilizado, mantenimiento del medio necesario para el proceso de fecundación y nutrición del cigoto.

Las infecciones son la causa más frecuente de patología tubárica ocasionando obstrucciones, estenosis y adherencias tubárica. La incidencia de esterilidad tubárica es de un 13% tras una EIP, 35% después de dos y de un 75% después de tres o más episodios. Además, tras una EIP el riesgo de gestación ectópica aumenta 6-7 veces. La acción lesiva producida por agentes infecciosos o inflamatorios afecta a todos los niveles desde la mucosa (pérdida de células ciliadas con exudado inflamatorio que genera adherencias entre los pliegues de la mucosa) hasta la serosa.

Para evaluar la integridad tubárica de una paciente y conocer su estado existen estas pruebas, que nos darían información sobre su posible alteración tras una EIP", que serían una ecografía transvaginal, una histerosalpingografía (HSGI), una histerosonosalpingografía (HSSGI) o una laparoscopia con cromopertubación.

El 11 de junio de remite una copia de este informe a la Inspección Médica y se le solicita que emita un informe complementario del que ya realizó en su momento.

DUODÉCIMO.- El 22 de junio de 2020 se recibe el informe complementario elaborado el día 19 de ese mes por la Inspección Médica en el que se concluye que, después del análisis del informe del Servicio de Ginecología del HUVA, y desde un punto de vista médico, no se aprecian actuaciones contarías a la *Lex Artis* en relación con la asistencia sanitaria que se le prestó a la interesada en el SMS.

DECIMOTERCERO.- Se contiene en la copia del expediente un nuevo informe pericial, aportado por la compañía aseguradora del SMS y realizado también de forma conjunta, el 26 de junio de 2020, por los dos médicos cirujanos autores del primer informe, en el que se confirman las conclusiones que ya se contenían en ese documento inicial.

DECIMOCUARTO.- El 9 de julio de 2020 se concede audiencia a la interesada para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea convenientes, si bien no consta que haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOQUINTO.- El 10 de junio de 2022 se recibe una copia del Decreto, dictado el día 3 de dicho mes, por el que se tiene por desistida por la recurrente, aquí reclamante, del recurso que promovió ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia y se declara la terminación ese procedimiento.

DECIMOSEXTO.- Con fecha 17 de junio de 2022 se elabora propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, dado que no se ha acreditado ni el daño alegado ni una mala praxis médica.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito y CD recibidos en este Consejo Jurídico el 17 y el 21 de junio de 2022, respectivamente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien alega sufrir los daños personales físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

No obstante, se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPACAP y que en su momento no se concedió audiencia a la compañía aseguradora del SMS, a pesar de que también goza de la condición de interesada en el procedimiento.

Pese a ello, se advierte que dicha mercantil ha seguido con diligencia la tramitación del procedimiento, que ha dispuesto de las copias de los distintos informes que se han aportado y que incluso, a su instancia, los peritos médicos confirmaron en junio de 2020 (Antecedente decimotercero de este Dictamen) el informe que habían realizado en diciembre de 2019 (Antecedente octavo).

Por tanto, no se considera que se haya colocado a esa compañía en alguna situación de indefensión que obligue a tener que acordar la retroacción de las actuaciones y a concederle el mencionado derecho de audiencia.

TERCERA.- Acerca del plazo de presentación de la reclamación: Prescripción de la acción de resarcimiento.

En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En la propuesta de resolución (Fundamento de Derecho Cuarto) se considera que, en el presente caso, la acción de resarcimiento se ejercitó dentro de ese plazo de un año legalmente establecido, a la vista de la fecha de los hechos alegados y de la de presentación de la reclamación.

Sin embargo, no es esa la conclusión a la que llega este Consejo Jurídico una vez que ha analizado el expediente administrativo que se le ha remitido para Dictamen.

En este sentido, se debe tener en cuenta que, tras la cesárea que se le practicó a la interesada en diciembre de 2016, toda la asistencia de la que se queja se produjo entre los meses de enero y marzo de 2017. De hecho, hay que recordar que se le concedió el alta tras la cirugía el 3 de marzo de 2017, y que después evolucionó de manera favorable.

Según explican los Dres. P y Q en su informe (Antecedente cuarto de este Dictamen), fue en la visita de control en Consultas de Ginecología de 7 de junio, cuando se le aconsejó a la reclamante que no se quedase embarazada, aunque también resaltan que eso obedecía a la proximidad temporal que había con la cesárea ya citada, por lo que ya no se insistió en esa recomendación en las siguientes visitas de control, que se llevaron a efecto en diciembre de 2017 y en marzo de 2018, por citar algunas.

A lo anterior hay que añadir que, asimismo, el 7 de junio de 2017 se conoció el informe de Anatomía Patológica en el que se determinó la naturaleza del plastón que se le había extirpado a la interesada en la operación quirúrgica que se le practicó.

La reclamante no precisa cuál es la relación que pudiera existir entre esa circunstancia, es decir, entre el hecho de que se conociesen los citados resultados anatomopatológicos y la negligencia médica que considera que se cometió en su caso, y que, como efecto, la impedirá volver a quedarse embarazada. Quizá considere que el tipo de plastón que se le había extirpado evidenciaba que se le hubiese tenido que haber intervenido de manera urgente, en los primeros días del mes de enero de 2017 y no más tarde, el 22 de febrero siguiente, que fue cuando se le realizó la adhesiolisis.

En cualquier caso, gracias a ese análisis se terminaba por arrojar luz sobre el carácter de la infección que había sufrido. Por lo tanto, tampoco cabe duda de que en aplicación del principio de la *actio nata*, al que en tantas ocasiones se ha referido este órgano consultivo, y ante la falta de un diagnóstico confirmado de la esterilidad que alega, el *dies a quo* del plazo de prescripción debería situarse por los motivos citados (Consulta de Ginecología y fecha del informe de Anatomía Patológica) en esa fecha, esto es, en el citado 7 de junio de 2017.

Resulta evidente que, desde ese momento, la interesada tuvo pleno conocimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que podían fundamentar el alcance de una pretensión resarcitoria. Y por ese motivo entiende este Consejo Jurídico que la acción ejercitada más de un año más tarde, esto es, el 28 de junio de 2018, estaba prescrita cuando se interpuso y así debe declararse expresamente en la resolución que ponga término al

procedimiento de responsabilidad patrimonial, como motivo o causa principal de la desestimación de la solicitud de indemnización.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

A lo que se ha señalado cabe añadir que el estudio del expediente administrativo conduce, asimismo, a la conclusión de que la solicitud indemnizatoria, en lo que se refiere ya al fondo de la cuestión planteada, se debería desestimar de todos modos. Y esto se explica, a continuación, de forma abreviada, por las siguientes razones:

En primer lugar, porque la reclamante no ha aportado ningún estudio que confirme la esterilidad o infertilidad que alega como secuela derivada de la asistencia que se le prestó. La Inspección Médica así lo destaca también en el Punto 20 del apartado sobre *Juicio Crítico* de su informe (folio 100 vuelto del expediente administrativo).

De manera contraria, la Dra. Z, facultativa de Medicina Interna, y, sobre todo, los Dres. P y Q han señalado en sus informes (Antecedente cuarto) que la infección que sufrió la reclamante no le ha provocado la pérdida de su capacidad reproductiva ni afectado de alguna manera negativa su aparato genital.

Pero de manera aún más determinante hay que resaltar que la única alusión a un futuro embarazo (en la forma de sugerencia a la interesada de que no debía quedarse encinta en el plazo de nueve meses) tenía que ver con el hecho de que se le había practicado una cesárea poco tiempo antes. Por lo tanto, no se trataba de una prohibición absoluta y mucho menos de un diagnóstico de infertilidad. Y hay que insistir, como hace la Inspección Médica en su informe que a la interesada ya se le habían realizado otra cesárea previa, en 2013 (folio 99 del expediente administrativo).

Mal se entiende, en consecuencia, que esa recomendación referente a las medidas a adoptar tras una cesárea pueda servir para alegar mala praxis y para tratar de fundamentar una reclamación de responsabilidad patrimonial.

En segundo lugar, porque no ha aportado un informe médico pericial concluyente (el que ha presentado no fue elaborado por un especialista y en, cualquier caso, se refiere a la valoración del Daño Corporal) en el que se confirme, como pretende, que ya en el primer ingreso la reclamante presentara un abdomen agudo o otros síntomas o signos que justificaran que el cuadro clínico debería haber sido abordado mediante cirugía urgente, y no haberlo enfriado con antibióticos. O haberle realizado otras exploraciones que permitieran orientar el diagnóstico de forma más detallada.

De manera contraria, la Inspección Médica considera (Punto 9 del apartado sobre *Juicio Crítico* de su informe) que el diagnóstico inicial de infección urinaria fue adecuado y que también lo fue el tratamiento que se prescribió (folio 99 vuelto). Y también considera que los diagnósticos siguientes de enfermedad inflamatoria pélvica y de pielonefritis derecha complicada fueron acertados (Punto 10).

En tercer lugar, porque se trataba de un caso difícil e infrecuente (de complejo lo tilda la Inspección Médica en el Punto 14 de su informe) que después dio pie, sustancialmente, a dos diagnósticos diferentes: Por una parte, el de apendagitis aguda, que es el que sostienen la Dra. Z y el perito médico de la compañía aseguradora (Conclusión 4ª). De otra, el de apendicitis aguda decapitada por el tratamiento antibiótico prolongado, al que se refieren los Dres. P y Q.

En el primer caso, tanto la Dra. Z como el perito médico (Conclusión 3ª de su informe) consideran que el tratamiento analgésico, antibiótico y antiinflamatorio era el procedente y no el tratamiento quirúrgico.

En el segundo supuesto, los ginecólogos consideran que el plastón epiploico que se le formó a la interesada de manera reactiva se resolvió mediante la intervención quirúrgica posterior de forma favorable, por lo que no existía particular urgencia ni se le han provocado secuelas a la interesada.

En consecuencia, no se entiende que en este supuesto se cometiera alguna infracción de la *lex artis ad hoc* ni, mucho menos, que se le hubiese ocasionado a la interesada un daño real y efectivo, como consecuencia de la asistencia sanitaria que se le dispensó, que pudiera ser objeto de una indemnización. Y tampoco, que exista alguna relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del sanitario regional y el daño alegado por la interesada, cuyo carácter antijurídico no se ha demostrado de ninguna forma.

Estas apreciaciones hubieran justificado, asimismo, como ya se ha anticipado, la desestimación de la solicitud de indemnización en lo que al fondo de la pretensión resarcitoria se refiere.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria pero, frente a lo que se sostiene en la propuesta de resolución, por encontrarse prescrita la acción de resarcimiento en el momento en el que se interpuso, de acuerdo con lo que se explica en la Consideración tercera de este Dictamen. Por esta razón, se deberá declarar esta circunstancia como causa principal de la desestimación de la reclamación en la resolución que ponga término al procedimiento.

Ello, sin perjuicio de que se deba entender que, en cualquier caso, según se pone de manifiesto en la citada propuesta de resolución, hubiera procedido la desestimación de la solicitud de indemnización por no haberse acreditado ni la existencia de un daño real y efectivo que pudiera ser objeto de reparación ni una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y ese daño, cuya antijuridicidad tampoco se habría demostrado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.