

Dictamen n.º: **181/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.04.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 4 de abril de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a una incorrecta asistencia médica prestada en el Hospital Universitario Gregorio Marañón (en adelante HUGM) con ocasión de la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito firmado por la reclamante y registrado el día 31 de mayo de 2022, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños que dice sufridos y que atribuye a una incorrecta asistencia médica en el HUGM.

Relata brevemente la reclamación que en el citado centro hospitalario se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en la que tras cinco intentos de canalización no fue posible acceder a la vía biliar, observándose pseudosaculación en el colédoco con perforación starfer tipo II peripapilar.

Según refiere la reclamación, se produjo una perforación en una de las vías biliares, con colocación de stent biliar metálico. La perforación le generó las siguientes lesiones, a saber, pancreatitis aguda leve post ercp, anemia aguda sin filiar origen, fiebre persistente y bacteria clostridium.

Indica que presenta cuadros de ansiedad y latrofobia.

Se interesa una indemnización por importe de 60.000 euros.

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

La paciente, de 60 años de edad en la fecha de los hechos objeto de reclamación presentaba como antecedentes médicos, hipertensión arterial, hipotiroidismo, síndrome de túnel carpiano derecho intervenido en 2007, colitis isquémica segmentaria, diverticulosis de colon no complicada, neuralgia del trigémino y episodios de nerviosismo y ansiedad.

En octubre de 2021, es intervenida con colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. En la anatomía patológica (AP) de la pieza de colecistectomía se describen focos de displasia epitelial de bajo grado incluyendo el margen de resección. Sin elevación de biomarcadores (Ca19.9 22/12/21 normal).

Valorado por Cirugía General, se decide solicitar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colangioscopia para valorar lesiones intracoledocianas.

El 5 de enero de 2022, se cursa ingreso programado en Cirugía General para realización de CPRE con colangioscopia ante focos de displasia epitelial de bajo grado observados en la AP de la colecistectomía realizada en octubre de 2021. La paciente firma previamente el

documento de consentimiento informado (CI). En él se explica el procedimiento de la CPRE, los riesgos y las técnicas alternativas: *“las técnicas alternativas a esta exploración, son un Estudio Radiológico, inyectando contraste en una vena o directamente en el hígado, o una Colangio-Resonancia-Magnética: durante estas técnicas es menor la posibilidad de realizar un tratamiento, por cuyo motivo su médico estima que en su caso es insuficiente para el estudio”*.

A la exploración el día del ingreso, la paciente se encuentra afebril con tensión arterial (TA) 140/67 mmHg, y frecuencia cardiaca 77 latidos por minuto (lpm). Consciente, orientada. Normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Eupneica. Auscultación cardio-pulmonar (ACP) normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Miembros inferiores (MMII) sin edemas.

En la CPRE se aprecia ampolla de Vater en segunda porción duodenal con orificio papilar puntiforme. Tras 5 intentos de canalización no es posible acceder a vía biliar. Se realiza precorte con esfinterotomo de aguja, accediendo posteriormente a vía biliar. Se realiza colangiografía observando colédoco de calibre normal, sin defectos de replección. Clips de colecistectomía. Se introduce sistema Spyglass DS accediendo a biliar. Se revisa colédoco y hepático común hasta bifurcación de ramas intrahepáticas, sin evidencia de lesiones que sugieran displasia o neoplasia en todo el trayecto. Se toman biopsias. Implantación baja de conducto cístico. Se introduce colangioscopio por muñón cístico largo, accediendo hasta proximidad de grapas de colecistectomía (con control Rx). Mucosa del muñón cístico visualizado normal. Se toman biopsias. Al retirar el colangioscopio se observa pseudosaculación en colédoco yuxtapapilar con difusión de contraste al introducirlo a presión con balón (imagen 2), en relación con perforación Stapfer tipo II peripapilar en muy probable relación con tracción ejercida por el movimiento del

colangioscopio. Se coloca stent biliar metálico cubierto de 10x60mm, con adecuada expansión, y se fija en su porción duodenal con 2 clips de 16mm para evitar migración.

Se produce perforación de colédoco durante colangioscopia, por lo que se realiza tratamiento en el mismo acto con prótesis biliar metálica.

Se procede, el 5 de enero de 2022, con tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvico urgente. Se visualiza aerobilia en lóbulo hepático izquierdo (LHI), conducto hepático común y prótesis normoposicionada colédoco distal visualizándose distalmente hemoclip. Se objetivan retroneumoperitoneo en fosa pararenal izquierda y pequeña cantidad de neumoperitoneo subhepático posterior. No se objetivan colecciones organizadas existiendo mínima banda fluida paraduodenal. Colecistectomía. Páncreas de tamaño y morfología conservada sin evidencia de dilatación del conducto Wirsung. No evidencia lesiones focales hepatoesplénicas. Nódulos uterinos de hasta 28 mm que podría estar relación con miomas. Divertículos en sigma sin datos de proceso inflamatorio intercurrente. Restos de contraste en marco cólico de íleon pélvico. Cortes torácicos incluidos en el estudio granuloma calcificado en lóbulo medio (LM) de 7 mm. Leve aumento de densidad de la grasa mesentérico pequeños ganglios que podría estar relación con paniculitis. Pequeña hernia umbilical con imagen de grasa omental y nódulo calcificado podría corresponder a un apéndice epiploico. Se recoge como conclusión, prótesis biliar normoposicionada. Mínimo en retro y neumoperitoneo. No evidencia de colecciones organizadas.

El 8 de enero de 2022, se procede con gastroscopia urgente. Se aprecia esófago, pequeño divertículo esofágico. Mucosa normal. No se objetivan varices esofágicas, datos de esofagitis ni otras lesiones. Estómago: restos biliosos escasos, pliegues conservados. Mucosa de antro, cuerpo, e incisura sin alteraciones. Fundus en retroflexión sin hallazgos, cardias incompetentes. Duodeno con restos biliosos

abundantes. Morfología y mucosa de bulbo sin alteraciones. Se progresa hasta segunda porción duodenal objetivando prótesis biliar normoposicionada, con extremo en vía biliar, fijada proximalmente con hemoclip. No se visualizan lesiones en la mucosa adyacente, ni zonas con estigmas de sangrado. No se objetiva hemorragia activa ni estigmas de sangrado en el trayecto explorado. Se recoge un diagnóstico de prótesis biliar normoposicionada. Sin datos de sangrado activo ni estigmas de hemostasia reciente.

Con igual fecha de 8 de enero de 2022, se realiza TC abdomino-pélvico sin contraste primero y tras administración de contraste (CIV) posteriormente. Se compara con el previo del 5 de enero de 2022. No se observan hematomas ni focos de extravasación de medio de contraste que sugieran la presencia de sangrado activo. Leve aumento del líquido libre retroperitoneal a nivel del hilio renal, fosa hepatorenal y en ambos espacios pararenales anteriores que alcanza caudalmente la fosa iliaca derecha. Discreta disminución del retroneumoperitoneo. Realce urotelial del uréter derecho, de probable carácter inflamatorio secundario a lo anterior. Engrosamiento hipodenso del cérvix uterino, llamativo en el grupo de edad, a considerar exploración ginecológica reglada. Resto del estudio sin modificaciones. Se recoge como conclusión, sin evidencia de sangrado activo. Leve aumento del líquido libre retroperitoneal.

El 12 de enero de 2022, se vuelve a realizar TC abdomino-pélvico tras administración de CIV. Se compara con exploración previa del 8 de enero de 2022. Se aprecia aumento de los cambios inflamatorios glandulares y periglandulares, con mayor cuantía de líquido libre en las localizaciones conocidas, sin signos de sobreinfección ni colecciones susceptibles de drenaje actualmente. Práctica resolución del retroneumoperitoneo derecho. Resto del estudio sin modificaciones. Como conclusión se recoge aumento de los cambios inflamatorios

glandulares y periglandulares, sin colecciones susceptibles de drenaje actualmente.

Cabe señalar en cuanto a la evolución de la paciente durante su estancia hospitalaria, que producida el 5 de enero de 2022 la apuntada perforación de colédoco, presenta buena evolución clínica y radiológica, con resolución de neumoperitoneo y ausencia de colecciones en el TC del 12 de enero

Respecto al estudio de vía biliar, se realizó colangioscopia completa hasta hepático común, revisando también cístico hasta proximidad de grapas de cirugía. No se evidencian lesiones o cambios mucosos, tomando biopsias. No obstante, dado el diámetro limitado del material para la toma de biopsias, no se pudo obtener material suficiente para examen histológico.

Como complicación también asociada a la CPRE, la paciente desarrolla pancreatitis aguda leve, la cual se resuelve con buena evolución sin desarrollo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), complicaciones sistémicas ni locales (último TC diferido con cambios inflamatorios peripancreáticos).

Como principal problema que retrasa el alta hospitalaria, la paciente presenta fiebre diaria, vespertina. El 5 de enero, se inicia piperacilina-tazobactam, ampliando cobertura con linezolid el 10 de enero. A pesar de ampliar cobertura mantiene picos febriles diarios, por lo que se realiza nuevo y último cambio el 13 de enero, sustituyendo de piperacilinatazobactam por meropenem y asociando fluconazol (manteniendo linezolid).

Desde el 14 de enero la paciente permanece afebril, presentando el 14 y el 15 mínima febrícula que se resuelve posteriormente. Los cultivos realizados resultan todos negativos. Se asume como posible origen de

fiebre persistente flebitis y componente inflamatorio asociado a pancreatitis. Dada la mejoría se finaliza linezolid el 18 de enero.

Igualmente, durante el ingreso la paciente tuvo deposiciones de consistencia blanda y coloración verdosa. Se realizaron cultivos y toxina de *Clostridium difficile*, el 8 de enero, sin hallazgos patológicos.

El 19 de enero de 2022, la paciente se encuentra estable clínicamente, por lo que se decide alta hospitalaria. El diagnóstico principal al alta fue: *“perforación yatrógena stapfer II con colocación de stent recubierto el 5/01/2022”*. Como diagnósticos secundarios: *“pancreatitis aguda leve post-CPRE. Anemia aguda sin filiar origen. Fiebre persistente, posible componente inflamatorio. Posible reacción alérgica a vancomicina. Colédoco y cístico endoscópicamente normal. Engrosamiento radiológico de cervix uterino”*.

El 27 de enero de 2022, acude a Urgencias del HUGM por cuadro de 24 horas de evolución de febrícula, sin sensación distérmica y diarrea blanda de hasta 20 deposiciones al día, escasas, sin productos patológicos. No dolor abdominal, náuseas, vómitos, sintomatología respiratoria o urinaria.

A la exploración, se encuentra afebril. Buen estado general. No signos de deshidratación. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes. Sin dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal, masas ni megalias. MMII sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Se realizan pruebas complementarias en Urgencias. Ante el hallazgo de toxina positiva para *Clostridium difficile* en estudio de heces, se inicia tratamiento con metronidazol y se decide ingreso en Digestivo por afectación del estado general.

Durante el ingreso la anemia permanece estable respecto a ingreso previo (en torno a 10 mg/dl). Se administra dosis única de hierro intravenoso (Ferinyect), presentando flebitis en relación con infusión y se inicia ácido fólico. Presenta buena evolución clínica, resolución precoz de diarrea y mejoría analítica por lo que se decide alta hospitalaria el día 1 de febrero de 2022, con pauta tratamiento antibiótico con metronidazol 250 mg hasta el día 6 de febrero incluido.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito de la instrucción de 6 de junio de 2022, se pone en conocimiento de la reclamante la admisión a trámite de la reclamación formulada, se le informa de la normativa de aplicación y de los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución en plazo.

Consta incorporado al expediente, informe atinente a la reclamación formulada, elaborado por el Servicio del HUGM que intervino en la asistencia médica reprochada. A estos efectos, obra informe del Servicio de Aparato Digestivo del HUGM, sin fechar, en el que se pone de manifiesto que *«se realizó CPRE el día 5-enero-2022 con visualización directa del muñón cístico mediante colangioscopia. La canalización de la vía biliar puede ser compleja dependiendo de diferentes factores del paciente y de tipo técnico, y así se especificó en el informe de la CPRE.*

En la reclamación se describe que “tras 5 intentos de canalización no es posible acceder a vía biliar”. Este hecho es incierto (o incompleto, al menos), dado que como se detalla en el informe: “se realiza precorte con esfinterotomo de aguja, accediendo posteriormente a vía biliar”».

Continúa señalando que *«en la colangioscopia directa se descartaron lesiones de la vía biliar. Como se refleja en el informe, al retirar el colangioscopio para concluir la exploración, se observó: “pseudosaculación en colédoco yuxtapapilar con difusión de contraste al introducirlo a presión con balón, en relación con perforación Stapfer tipo II peripapilar en muy probable relación con tracción ejercida por el movimiento del colangioscopio”.* Dados los hallazgos, se trató este evento de manera inmediata colocando una prótesis biliar metálica cubierta».

Precisa el informe al respecto de las complicaciones surgidas que *“las complicaciones alegadas en la reclamación se encuentran entre las descritas de manera inequívoca en el consentimiento informado que la paciente firmó antes del procedimiento. Tanto la perforación como la pancreatitis aguda post-CPRE se diagnosticaron y trataron de manera precoz. A la paciente se le realizó un seguimiento estrecho, inicialmente en la unidad de agudos del servicio de Ap. Digestivo y, posteriormente, en la planta de hospitalización del mismo servicio. Asimismo, la paciente fue extensamente informada tras el procedimiento de los eventos ocurridos y de la actuación que se había llevado a cabo, así como de la necesidad de vigilancia estrecha e ingreso más prolongado.*

Tanto la anemia como la fiebre prolongada que se describen en la reclamación se pusieron en el contexto de la pancreatitis, y se resolvieron de manera adecuada. Además, a la paciente se le realizó una gastroscopia urgente y TAC abdominal el día 08/Enero/2022 que descartó hemorragia aguda.

Por último, la infección por clostridium difficile que se describe en la reclamación se trató de manera correcta”.

Por la Inspección Médica se emite el correspondiente informe con fecha 3 de agosto de 2023 en el que se señala que la actuación médica fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*.

Con fecha 27 de noviembre de 2023 se notifica el trámite de audiencia a la reclamante, quién no consta que haya hecho uso del trámite concedido.

Finalmente se elabora por la viceconsejera de Sanidad la oportuna propuesta de resolución, fechada el 16 de febrero de 2024, en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial que nos ocupa.

CUARTO.- El 13 de marzo de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 152/24 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

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 a solicitud de la consejera 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, se regula en la LPAC, de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

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, al ser el directamente afectado por la actuación médica que reputa contraria a la *lex artis*.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria controvertida fue dispensada por el HUGM, centro integrado en la red sanitaria propia de esta administración autonómica.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 31 de mayo de 2022, constando en las actuaciones que la intervención quirúrgica a la que la reclamante achaca las complicaciones padecidas, tuvo lugar el 5 de enero de 2022, de manera que, atendiendo a esta fecha, la reclamación estaría formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal.

Por lo que se refiere 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 emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia a la reclamante. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HUGM, habiéndose emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la reclamante.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 artículo 106.2 de la Constitución Española y 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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de

culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico*

correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, el reclamante considera que se ha vulnerado la *lex artis* en la asistencia que le fue prestada en el HUGM con ocasión de la intervención quirúrgica referenciada y las complicaciones surgidas en la misma que entiende le han generado las secuelas referidas en su reclamación.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por la reclamante, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc...) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas

que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, 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 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), 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”*.

Partiendo de lo señalado, entendemos que la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y*

sus conclusiones constituyen también 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”.

Recoge en primer lugar el informe de la Inspección una serie de consideraciones generales en relación a la CPRE con estudio de la frecuencia, clasificación y factores de riesgo de sus complicaciones, así como en relación a la infección por *Clostridium difficile*, para posteriormente formular su juicio crítico sobre la asistencia prestada en el que descansa su conclusión de inexistencia de irregularidad alguna en la actuación médica del HUGM para con la reclamante.

Particularmente, por lo que, a las complicaciones sufridas por la paciente, señala la Inspección que *“tal y como se ha recogido en la bibliografía aportada, se han descrito diferentes factores que pueden relacionarse con un mayor riesgo de complicaciones tras la realización de una CPRE. La paciente presenta varios de ellos: sexo femenino, joven (60 años), ausencia de ictericia y la realización de precorte durante la CPRE”.*

Aborda posteriormente, el informe de la Inspección cada una de las complicaciones concurrentes en la cirugía que nos ocupa.

Así en relación a la perforación iatrogénica de colédoco producida en la colangioscopia, se indica que *“fue detectada y tratada de manera inmediata durante la realización del procedimiento. Tras ello, la paciente presentó buena evolución clínica presentando resolución del neumoperitoneo y ausencia de colecciones en último TC realizado el 12/01/22. El riesgo de perforación tras CPRE es conocido (con una incidencia del 0.34% al 1.4% en las series descritas) y así se explicó en el C.I que previamente la paciente firmó”.*

Por lo que a la pancreatitis se refiere, señala la Inspección que *“dicha complicación es la más frecuentemente encontrada tras la realización de CPRE, ocurriendo en un 1.3- 5.4% de las series.2. Igualmente, fue tratada de manera adecuada, presentando buena evolución clínica y analítica, sin desarrollo de SRIS ni otras complicaciones”*. Cabe señalar que figura igualmente como complicación en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante.

En relación a la fiebre padecida por la reclamante, precisa la Inspección que *“tal y como se ha explicado en el apartado 1.2 de las consideraciones médicas, la infección (fiebre mayor de 38°C durante más de 24-48h) es una complicación típica de la CPRE, la cual fue tratada correctamente, consiguiéndose una evolución favorable de la paciente”*.

Figura también como complicación de la CPRE la anemización experimentada por la paciente, respecto de la que el informe de la Inspección expone que *“la hemorragia, con caída de Hb mayor de 2 gr/dl también es una complicación típica de la CPRE, con una incidencia del 0.76% al 2% de las series descritas”*. Figura como tal riesgo en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante.

En cuanto a la infección por *Clostridium difficile*, la Inspección refiere que *“en el caso de la paciente, los factores de riesgo que con más probabilidad pudieron causar la infección fueron el ingreso hospitalario prolongado previo y la toma de antibióticos que precisó para la resolución de la fiebre post-CPRE. No obstante, como se ha comentado en el punto 2.2 de las consideraciones médicas, cada vez se describen más casos de ICD de origen comunitario (constituyendo el 25% del total de casos de ICD)”*. El eventual contagio de infecciones figura como riesgo de la CPRE dentro del documento de consentimiento informado facilitado y firmado por la paciente.

Es en base a lo expuesto que se concluye por la Inspección que *“todas las complicaciones sufridas tras la prueba: perforación, pancreatitis, infección (con posible fiebre secundaria), hemorragia (con posible anemia secundaria) son típicas de la CPRE y aparecen recogidas en el C.I que la paciente firmó, entendiéndose que conocía la posibilidad de aparición de dichas complicaciones y voluntariamente dio su aprobación para la realización de la misma.*

Por otro lado, todas las complicaciones acontecidas fueron tratadas de manera precoz, adecuada y efectiva, por lo que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y acorde a las recomendaciones clínicas vigentes”.

Puede descartarse conforme a lo expuesto que se haya incurrido por el HUGM en mala praxis en la asistencia dispensada a la reclamante.

No consta, por otro lado, en las actuaciones, prueba alguna que permita entender acreditado lo alegado por la reclamante acerca de la concurrencia de cuadros de ansiedad o latrofofia.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 4 de abril de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 181/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid