

Dictamen n.º: **783/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **12.12.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 12 de diciembre de 2024, 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 D. .... y los hermanos D. .... y Dña. ...., por considerar que el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, Dña. ...., fue causa de la mala praxis acaecida durante la realización de una endoscopia diagnóstica, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, que le produjo una perforación duodenal y en su deficiente seguimiento y asistencia, tanto por el SUMMA 112, como por el hospital antes citado.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 9 de febrero de 2023, las personas arriba identificadas representadas por dos letrados, formularon una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, al considerar que el fallecimiento de su esposa y madre, estuvo motivada por la mala praxis en que incurrieron los facultativos del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, durante la realización de una endoscopia diagnóstica, además de por la posterior asistencia de

urgencias, a cargo del SUMMA 112 y de propio hospital referenciado, en el tratamiento posterior, cuando la paciente tuvo que ser hospitalizada.

En la reclamación, se recoge con detalle la asistencia dispensada, el 25 de enero de 2022, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. Refieren que la paciente contaba 72 años de edad y presentaba antecedentes de hepatitis C, siéndole indicada una endoscopia diagnóstica por sospecha de quistes de colédoco.

Afirman, que en ningún momento la afectada firmó el correspondiente documento de consentimiento informado para la endoscopia, ni fue informada de los riesgos que comportaba la realización de dicha prueba y que, además, después de sufrir el desgarro, los facultativos no comunicaran la incidencia ni a los familiares ni a la propia paciente, el día de la intervención; haciéndoles entrega únicamente del informe antes citado, sin mayores explicaciones.

Explican que, ese día, tras la avería de un aparato, lo que demoró la asistencia, le realizaron la prueba y, durante la misma, se produjo un desgarro a nivel de la rodilla duodenal, que fue plasmado como “complicación” en el informe de la endoscopia diagnóstica.

Refieren que, ese mismo día, la paciente presentaba dolor abdominal muy intenso y un gran malestar que motivó que su esposo llamara de forma urgente al teléfono de emergencia sanitaria de la Comunidad de Madrid, el número 112, para solicitar asistencia médica, minimizándose en la asistencia telefónica la importancia de la sintomatología y, finalmente, prescribiéndole un protector estomacal, como remedio inicial a la situación descrita.

Se realizó una segunda llamada al 112, la madrugada del 26 de enero del 2022, con el mismo infructuoso resultado.

Indican que, a la vista de la pasividad de los servicios de Emergencia, los familiares de la paciente decidieron llevarla al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, donde resultó ingresada y le fue diagnosticada una “*perforación duodenal tras EEDA*”, el 26 de enero del 2022.

Tras la realización de un TAC, que denotó “*abundante neumoperitoneo y neumoretroperitoneo*”, (..) sugerente de perforación de víscera hueca, precisó de una laparotomía subcostal, con sutura simple y lavado, para cerrar la herida causada por la perforación realizada el 26 de enero del 2022, siendo ingresa en planta, tras su recuperación anestésica.

Manifiestan que, esa operación también fracasó y que, el 28 de enero del 2022, le realizaron un nuevo TAC que reflejó que la herida no había cerrado correctamente y que el desgarro persistía, denotando “*abundantes cambios inflamatorios en la región subhepática.*”

Dado que la paciente no mejoraba, el 2 de febrero del 2022, se le realizó una segunda operación mediante una exclusión duodenal, con gastroenteroanastomosis, inserción de tubo de KEHR, en vía biliar a través de coledotomía y anastomosis de la dehiscencia, con Blake HCD, ante la presencia de graves complicaciones postquirúrgicas consistentes en la pérdida del jugo pancreático en los tejidos abdominales (fístula pancreática tipo A), sepsis de origen abdominal y posterior apertura de la herida (dehiscencia de la sutura duodenal), junto con una peritonitis biliar localizada.

Nuevamente en la UCI, la afectada parecía empezar a estabilizarse, hasta los resultados de otro TAC realizado el 17 de febrero del 2022, que objetivó la presencia de un absceso abdominal con sangrado activo, apuntando a una sobreinfección.

Relatan que, comenzó así un periodo de declive en la salud de la paciente, del que no logró nunca remontar. De ese modo, sufrió un fallo multiorgánico asociado a un síndrome compartimental abdominal, por el que fue operada de urgencia mediante una “laparotomía descompresiva”, el 5 de marzo del 2022.

Asimismo, se le realizó un VAC –terapia de cierre asistido por vacío- y dos TC el 15 y el 16 de marzo, respectivamente, para finalmente ser controlada con diálisis y con una traqueotomía, para intentar restaurar el tránsito intestinal.

Finalmente, el 16 de marzo de 2022, sufrió un fallo multiorgánico y un posterior ictus y terminó falleciendo el 17 de marzo de 2022.

Por lo expuesto, los reclamantes consideran que medió mala praxis en las asistencias dispensadas y en concreto afirman que:

- Se sometió a su esposa y madre a la realización de una endoscopia diagnóstica, sin previa firma de documento de consentimiento informado y que, durante la misma, le causaron a la paciente una perforación duodenal, que además se trató tardíamente; y que tampoco la controlaron ni vigilaron adecuadamente en los postoperatorios, a fin de evitar las sucesivas complicaciones que efectivamente sucedieron.

Sobre las cuestiones técnicas de la reclamación por este motivo, insisten en que debe admitirse la legitimación de los herederos de la paciente, aunque ella fuera la directamente afectada por la lesión en su derecho a la información clínica.

- Respecto de la asistencia del SUMMA 112, mantienen que se atendieron negligentemente las dos solicitudes telefónicas de ayuda realizadas por los familiares, los días 25 y 26 de enero de 2022,

infravalorando la sintomatología de la paciente, lo que supuso que hubieran de llevarla a Urgencias del citado Hospital, horas más tarde.

Solicitan, por todo ello, una indemnización de daños y perjuicios por importe total de 260.678,75 €, que desglosan aplicando los parámetros de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y su correspondiente actualización anual, correspondiente al año 2022, asignando como perjuicio personal básico 116.283,08 € al cónyuge viudo y 43.880,42 € a cada hijo; un perjuicio patrimonial adicional de 39.196 € al viudo y 1.316,40 € a cada hijo y una indemnización global por daño moral, de 60.000 €.

Adjuntan a su reclamación, el apoderamiento notarial de los reclamantes a los letrados actuantes; la copia del libro de familia para acreditar la relación de parentesco entre los reclamantes y la paciente; el certificado médico de defunción de la paciente, con su inscripción en el Registro Civil y diversa documentación médica sobre las asistencias dispensadas- folios 1 al 137-.

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

El paciente, constaba con 72 años de edad en el año 2022 y presentaba antecedentes médicos de hepatitis crónica C con fibrosis 4/4 y respuesta viral sostenida, tras 46 semanas de tratamiento y obesidad mórbida.

Según consta en su historia clínica, la paciente fue derivada a la Unidad de Endoscopias, del Servicio de Digestivo, del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, para la realización de

ecoendoscopia diagnóstica por dilatación de la vía biliar extrahepática y sospecha de quiste de colédoco.

Consta debidamente firmado por la paciente y por el médico, con fecha 25 de enero de 2022, el documento de consentimiento informado para la práctica de una ecoendoscopia diagnóstica, por el Servicio de Digestivo del hospital- folios 909 y 910-.

Entre los riesgos previstos en el documento referenciado, consta que: *“A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse complicaciones tanto derivadas de la sedación (frecuencia 0,5%), como perforación, infección o aspiración, que ocurren en solo el 0,05% si se trata de una ecoendoscopia diagnóstica y en el 1% si en la misma se realiza punción aspiración.*

*Excepcionalmente, pueden aparecer arritmias cardiacas o parada cardio-respiratoria con un riesgo mínimo de mortalidad (1/10.000 exploraciones)”.*

Dicha prueba diagnóstica se desarrolló el día 25 de enero de 2022, introduciendo el eco endoscopio radial hasta la segunda porción duodenal, sin que en la exploración endoscópica se observaran lesiones significativas del trayecto explorado. Apreciando papilla de aspecto endoscópico normal.

Se procedió además a realizar en el mismo proceso la exploración ecográfica, en la que se constató una vía biliar extrahepática, de hasta 20 mm de diámetro máximo, con dilatación fusiforme a nivel de colédoco, con paredes con ecoestructura conservada y contenido anecogénico, compatible con quiste de colédoco. El conducto pancreático era normal a nivel ampular; el hígado no presentaba lesiones parenquimatosas en los segmentos explorados, la vía biliar intrahepática no estaba dilatada y se reflejó igualmente la ausencia de la vesícula biliar.

Según se anotó, durante el procedimiento se produjo como complicación un desgarró mucoso a nivel de rodilla duodenal, con sangrado, que cedió de forma espontánea.

El juicio diagnóstico subsiguiente fue la constatación de la dilatación de la vía biliar extrahepática, compatible con un quiste de colédoco Tipo I, según clasificación de Todani; colecistectomía previa y un desgarró mucoso de la rodilla duodenal.

Se emitió el alta tras objetivar que la paciente no manifestaba dolor abdominal, con la recomendación de que, si presentara dolor o fiebre, más tarde, regresaran al centro hospitalario.

Según consta en la documentación remitida desde el SUMMA 112, a las 18:02 h del mismo día 25 de enero de 2022, se recibió una llamada en el Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112, en la que el esposo de la paciente informó que, esa mañana, a su mujer, le habían practicado una endoscopia digestiva que, durante la misma, según el informe de dicho procedimiento, se había producido un desgarró mucoso en la rodilla duodenal, con sangrado y que, tal vez en relación a eso, presentaba fuertes dolores de vientre desde que había vuelto del hospital.

Desde el primer momento, la médica reguladora se decantó porque, los dolores estuvieran relacionados con la complicación surgida durante el procedimiento, y expresó la necesidad de que la paciente fuera vista de nuevo en el hospital.

La doctora explicó la imposibilidad de determinar la intensidad y la importancia del desgarró, desde un medio extrahospitalario, insistiendo en cuatro ocasiones más, la necesidad de trasladar a la paciente al hospital. No obstante, ante la insistencia del alertante, accedió a indicar una medida paliativa de los síntomas, pero

expresándole que, seguramente no sería suficiente, y recomendándole de nuevo que, si así ocurría, tendría que ser examinada en el hospital.

La siguiente asistencia registrada de esta paciente fue ya del día siguiente, 26 de enero, a las 07:03 horas. En ese momento, el esposo de la paciente volvió a comunicar con el SUMMA 112, indicó al médico regulador que la paciente no había mejorado nada y que, se había pasado la noche gritando.

El médico regulador dispuso con rapidez una Unidad de Soporte Vital Básico (ambulancia) para trasladarla, de forma urgente al hospital, remitiendo a las 07:13 h, el correspondiente aviso a la Ambulancia Municipal de Villanueva de la Cañada, correspondiente al domicilio de la paciente.

Una vez llegaron al Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, responsables del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo acudieron a valorar a la paciente, por indicación del Servicio de Urgencias, siendo el motivo de consulta la sospecha de haber sufrido una perforación de víscera hueca, tras la realización de una ecoendoscopia diagnóstica, el día anterior.

La paciente presentaba dolor abdominal intenso y difuso y exploración con irritación peritoneal. Tras la valoración completa de su situación, se informó del diagnóstico de la perforación duodenal y se propuso realizar una laparotomía urgente para solucionar la perforación.

De esa forma, el día 26 de enero de 2022, se llevó a efecto la intervención quirúrgica consistente en una laparotomía exploradora urgente, bajo anestesia general, mediante incisión subcostal bilateral. Se anotaron los hallazgos de: *“perforación menor de 1 cm en el borde libre de 2ª porción duodenal, contaminación retroperitoneal, parietocólico derecho, espacio de Morrison y subfrénico derecho.*

*Espacio de Morrison bloqueado por adherencias de epiplón mayor a lecho de colecistectomía previa”.*

La paciente pasó, tras salir de quirófano, a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos del Servicio de Anestesiología y Reanimación, donde permaneció hasta el 28 de enero de 2022.

El postoperatorio fue favorable, salvo por la presencia de insuficiencia respiratoria aguda multifactorial (paciente obesa, cirugía abdominal alta, sobrecarga hídrica, etc), que respondió bien al tratamiento según queda reflejado en el correspondiente informe de alta de hospitalización UCI-Anestesia, del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

El 28 de enero de 2022 pasó a planta de hospitalización. La paciente presentaba entonces una situación estable, aunque con sobrecarga hídrica, con edemas y con la presencia de una fistula pancreática, diagnosticada mediante determinación bioquímica en líquido ascítico recogido a través de drenaje quirúrgico del 27 de enero de 2022, con cifras de amilasa de 1625 U/L y de bilirrubina de 0,5 mg/dl.

Se evidenció la ausencia de fiebre, la estabilidad hemodinámica y respiratoria y el dolor controlado y se realizaba una valoración diaria por parte del Servicio de Cirugía General y los oportunos controles analíticos.

El plan para los siguientes días, preveía la descompresión gástrica con sonda, mantener dieta absoluta y nutrición parenteral, antibioterapia de amplio espectro, fisioterapia respiratoria y valoración por Medicina Interna, para el ajuste del tratamiento.

El día 29 de enero de 2022, se comenzó la movilización del paciente en la habitación y el resto de las medidas mencionadas.

Según consta, el día 30 de enero, la paciente estaba afebril, hemodinámicamente estable y sin fracasos orgánicos.

No obstante, presentaba disnea y fue valorada por Medicina Interna para ajuste de tratamiento diurético. Se realizó además una nueva determinación bioquímica del líquido ascítico, a través del drenaje quirúrgico, con cifras de amilasa 368.00 U/L y bilirrubina 0.6 mg/dl.

Se decidió retirar la sonda nasogástrica.

Los días 31 enero y 1 de febrero de 2022, se mantuvo la misma evolución, sin cambios, permaneciendo la paciente afebril y hemodinámicamente estable, con menor dolor abdominal. Se inició la tolerancia con agua y realizó deposición.

El día siguiente, el 2 de febrero, siendo el 7° día postoperatorio, la paciente manifestó dolor abdominal brusco, que se acompañó de aparición de líquido de aspecto bilioso en el drenaje quirúrgico.

Ante la sospecha de una dehiscencia de sutura duodenal, se solicitó una tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso, que fue informada indicando *“persiste perforación en la segunda porción duodenal, existiendo fuga de contraste oral que se extiende hacia la gotiera paracólica derecha, donde se encuentra extremo de catéter de drenaje y por la fascia pararenal anterior. Abundantes cambios inflamatorios en región subhepática. Disminución de las burbujas de aire neumoperitoneo. Sonda vesical”*.

Ante el cambio brusco y los hallazgos radiológicos, se preparó a la paciente para realizar una cirugía urgente de revisión, para solucionar la dehiscencia de la sutura duodenal.

De esa forma, el día 2 de febrero de 2022, a las 19:20 h, se practicó la referida intervención quirúrgica, que se llevó a efecto mediante laparotomía exploradora urgente, bajo anestesia general, mediante incisión subcostal bilateral sobre la previa, con hallazgos de peritonitis biliar localizada en el hipocondrio derecho y flanco derecho, por dehiscencia de la sutura previa. El tratamiento realizado, según consta anotado fue: *“sutura de la dehiscencia con pds y vicryl, colocación de drenaje Kehr en vía biliar, a través de coledocotomía y cierre sobre Kehr con pds 4/0. Se realiza asimismo exclusión duodenal con grapadora TA y gastroenteroanastomosis en cara posterior gástrica transmesocólica, mecánica con endoguía 60 mm. Se dejan dos drenajes tipo Blake, en hipocondrio derecho cercano a sutura duodenal y otro más declive en retroperitoneo. Se realiza cierre de laparotomía con monomax en doble plano”*.

Tras la intervención, la paciente pasó a la Unidad de Cambios Postquirúrgicos del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda y, en el contexto del control quirúrgico del foco, desde el día 3 de febrero y se administraron antibióticos y antifúngicos.

El curso postoperatorio fue desfavorable, con disfunción multiorgánica (hemodinámica, respiratoria y renal).

Según resulta de la historia clínica, ante el empeoramiento de la enferma, el día 5 de febrero de 2022, se le realizó un TAC (tomografía computerizada), con contraste oral e intravenoso, que se informó denotando: *“cambios postquirúrgicos de exclusión duodenal, se administra contraste oral con paso adecuado a través de*

*gastroenteroanastomosis. NO se evidencia fuga de contraste extraluminal, ni paso de contraste a duodeno. Tubo de Kehr normoposicionado. Dos drenajes dirigidos a duodeno y espacio perirrenal anterior. Aumento de líquido libre y del líquido perihepático, gotieras parietocólica derecha y en la fascia pararrenal anterior derecha. NO neumoperitoneo. Edema de tejido celular subcutáneo.*

*En los cortes de tórax incluidos en el estudio hay disminución de derrame pleural derecho con aumento de la atelectasia pasiva asociada y resolución del derrame pleural izquierdo. Resto sin cambios respecto a previo”.*

La paciente presentaba, además, una elevación de la presión intraabdominal, por lo que, ante la sospecha de que el empeoramiento clínico estuviera causado por un síndrome compartimental abdominal, se informó a los familiares (ya que la paciente estaba sedoanalgesiada) y se planteó realizarle una laparotomía descompresiva.

El día 6 de febrero de 2022, se llevó a efecto a la indicada intervención quirúrgica, una laparotomía exploradora descompresiva urgente, bajo anestesia general, mediante incisión subcostal bilateral, sobre la previamente utilizada en las operaciones anteriores. En cuanto a los hallazgos, se anotó: *“ausencia de evisceración, escasa cuantía de líquido libre intrabdominal serohemático viejo, no contaminación intestinal. Marcada inflamación con edema de todos los tejidos identificados, bloque que comprende epiplón, colon y asas de delgado que no se manipula, buen aspecto hepático.*

*Se realiza apertura de piel y ambos planos de cierre subcostal bilateral. Se toma muestra para cultivo, lavado con suero salino de la cavidad. Se coloca malla Dipromed 20x30 cm en horizontal, con polipropileno laminar extendido y polipropileno reticular mínimamente recortado y anclado con pdo 2/0 a fascia anterior. Se deja drenaje blake n° 24 sobre malla y 7 compresas con contraste”.*

Tras salir del quirófano, la paciente pasó a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos, del Servicio de Anestesia y Reanimación.

El día 8 de febrero de 2022, se le efectuó revisión a pie de cama de la herida de laparostomía, se retiraron las compresas y se colocó terapia de vacío en herida quirúrgica.

Los apósitos de la terapia de vacío le fueron recambiados, en función de las necesidades, a pie de cama, los días 12 y 16 de febrero.

Entre tanto, el día 12 de febrero, coincidiendo con sangrado de pared y nueva intervención quirúrgica, empieza con febrículas. Se le extrajeron nuevos cultivos y se inició de nuevo un tratamiento antibiótico amplio hasta su fallecimiento.

El día 15 de febrero de 2022, como la situación de insuficiencia respiratoria de la paciente se prolongaba en el tiempo, asociada a la sedación y a la debilidad adquirida en la UCI, se realizó de modo programado una traqueostomía percutánea. Preciso varias fibrobroncoscopias para optimizar el árbol bronquial de secreciones. Con ello pudo despertarse, colaborar, moverse al sillón y colaborar con la rehabilitación motora y respiratoria. Recuperó su función respiratoria, logrando estar hasta 2 semanas sin apoyo ventilatorio.

Los días 16 y 17 de febrero, la paciente sufrió una anemización progresiva, con necesidad de transfusión de hemoderivados y sospecha de hemorragia intrabdominal.

Se le realizó un TAC (tomografía computerizada) con contraste oral e intravenoso, el día 17 de febrero, en cuyo informe se extrajeron las siguientes conclusiones: *“Crecimiento de colección hidroaérea en pared abdominal anterior, con extensión perihepática, con probable*

*componente hemático y posible sangrado activo, sin poder precisar el origen arterial o venoso.*

*Áreas de hipodensidad en cúpula hepática, así como en parénquima esplénico, sugestivos de áreas de isquemia, sin poder descartar sobreinfección añadida”.*

El mismo día 17 de febrero de 2022, se le practicó otra intervención quirúrgica, ante la sospecha clínica y radiológica de hemorragia intrabdominal activa, informando de todo ello a la familia, así como de la indicación de la revisión de la laparostomía.

De esa forma, se efectuó la revisión laparoscópica urgente, bajo anestesia general, encontrándose coágulos y fibrina abundante, sin contaminación biliar y punto sangrante venoso en la salida del tubo de drenaje biliar externo, próximo a espacio de Morrison.

La paciente pasó a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Durante las siguientes tres semanas la situación clínica fue de estabilidad, sin necesidad de ventilación mecánica, iniciando dieta oral y transferencias al sillón. Se inicia también la tolerancia oral, sin llegar a normalizar el tránsito intestinal. Mantuvo además la necesidad de terapia de sustitución renal.

Los días 28 de febrero y 6 de marzo de 2022: se realizó recambio de terapia de vacío sobre la herida de la laparostomía, a pie de cama.

Entre el 8 y el 9 de marzo de 2022, presentó nuevamente anemia progresiva, sin causa clara y con sospecha de infección intrabdominal, por febrícula, por lo que se informó a la paciente y a sus familiares y se propuso otra revisión de la laparostomía e intento de

cierre definitivo de la pared abdominal, tras informar a la paciente, que se encontraba despierta y consciente y a sus familiares.

El día 9 de marzo de 2022, se efectuó la intervención quirúrgica de laparostomía urgente programada, bajo anestesia general, con hallazgos de laparostomía sin coágulos y sin fibrina y no contaminación biliar.

Se colocó nueva malla, cura de vacío según la técnica habitual y se mantuvieron los drenajes previos. El objetivo del cierre definitivo de la pared abdominal no se consiguió en esta intervención, ni en la siguiente, por imposibilidad técnica.

Pasó seguidamente a la Unidad de Cambios Postquirúrgicos del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

El siguiente 13 de marzo de 2022, presentó un nuevo episodio de anemización, con aumento de débito hemático, por colector de terapia de vacío, con sospecha de hemorragia, por lo que se informó a sus familiares y se propuso la revisión de la laparostomía y el intento de cierre definitivo de pared abdominal.

En esa fecha, inició de nuevo terapia renal continua, por la afectación renal debido al cuadro de sepsis.

A las 17:20 h, se inició la intervención quirúrgica de revisión de laparostomía urgente, bajo anestesia general, con hallazgos de coágulos entre parte plástica y malla de cierre temporal sin clara zona de sangrado y babeo en la pared abdominal. Se realizó el lavado y la revisión de la hemostasia y el refuerzo en el borde inferior con malla parcialmente reabsorbible. Además, se colocó también la terapia de vacío, por imposibilidad para cerrar piel, manteniendo drenajes previos. Tras salir del quirófano pasó a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos.

El día 14 de marzo de 2022, según consta, la paciente no presentaba nuevos datos de hemorragia activa.

A pesar de los datos del día anterior, el día 15 de marzo de 2022, se produjo un empeoramiento en los datos de la analítica, con elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se le realizó un TAC con contraste oral e intravenoso, que se informó denotando: *“Restos de gastrografía en colon y en ileon. Cambios postquirúrgicos de exclusión duodenal. Se administra contraste oral con paso adecuado a través de gastroenteroanastomosis no se evidencia fuga de contraste extraluminal, ni paso de contraste a duodeno...”*.

Anta la evolución clínica y los hallazgos estables en la prueba de imagen, no se estimó necesario efectuar un nuevo tratamiento quirúrgico adicional, en ese momento.

El día 17 de marzo de 2022, tras la retirada de la sedación, la paciente se encontraba más adormilada durante la tarde. Respondía al dolor, se encontraba estable hemodinámicamente y bien adaptada al respirador.

Durante el aseo nocturno, se avisó a Enfermería de la escasa respuesta al dolor y la desviación de la mirada de la paciente. Además, se avisó a Neurología, al denotar la ausencia de reflejos de tronco.

Se efectuó entonces un TAC craneal urgente, que constató un extenso hematoma en el hemisferio izquierdo, con grave desplazamiento de línea media, de muy mal pronóstico.

Ante tales evidencias de la aparición de una hemorragia cerebral, con signos de pronóstico infausto, sobre una situación ya muy grave de base, con más de 40 días de ingreso en la UCI y disfunción multiorgánica; se habló con la familia por parte, tanto del Servicio de Anestesia, como del Servicio de Cirugía y los facultativos del Servicio de

Digestivo, para explicar la situación terminal de la paciente, consolarles, y permitir que pasaran los últimos momentos con la paciente y asegurando medidas de confort.

La paciente falleció en la tarde del 17 de marzo de 2022.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas- LPAC-.

Mediante diligencia de 2 de marzo de 2023, se comunicó a los reclamantes la iniciación del procedimiento, con indicación de la normativa aplicable y el sentido desestimatorio del silencio que eventualmente recayera, por el transcurso de 6 meses, contados desde fecha de la incoación – folio 137 y 138-.

El 5 de abril de 2023, se dio traslado del procedimiento a la aseguradora del SERMAS.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la asistencia a la paciente a cargo del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda y la correspondiente a la asistencia del SUMMA 112, con inclusión de la transcripción de las llamadas efectuadas los días 25 y 26 de enero de 2022.

Además, en cumplimiento de las previsiones del artículo 81.1 de la LPAC, se han incorporado al procedimiento diversos informes emitidos por los responsables de los servicios implicados en la asistencia cuestionada.

Consta en primer lugar un informe suscrito por la directora médica de coordinación y transporte del SUMMA 112, de fecha 17 de

marzo de 2023, en el que se manifiesta con rotundidad que la asistencia prestada por ese Servicio de Emergencias Médicas fue enteramente correcta y no merece reproche alguno - folios 140 y 141-.

El informe repasa el desarrollo de las comunicaciones efectuadas con ese servicio y recuerda que, en la primera llamada del día 25 de enero de 2022, a las 18:02 horas, tras referir el alertante que le habían realizado a su esposa ese mismo día una endoscopia y que se había producido un desgarro mucoso; el médico explicó la necesidad de que se valorara a la paciente en un medio hospitalario, repitiendo hasta en cuatro ocasiones que era preciso trasladarla a las Urgencias hospitalarias, puesto que sólo de esa forma sería posible determinar, la relevancia y la extensión del desgarro y, en su caso, tratarlo.

Se añade que, cuando al día siguiente, a las 07:03 h, se efectuó la siguiente llamada al número 112, el médico regulador que atendió la llamada dispuso una Unidad de Soporte Vital Básico –ambulancia-, para trasladar a la enferma al hospital, remitiendo un aviso a tal fin, a las 07:13 horas, a la Ambulancia municipal de Villanueva de la Cañada.

Se adjunta al informe el detalle de las llamadas efectuadas que, en su parte más relevante, se reproducen a continuación:

LLAMADA DEL DÍA 25 DE ENERO DE 2022, A LAS 18:02 HORAS

*“- Médico: Hola, buenas, médico del 061, cuénteme ¿qué le pasa a ...?*

*- Alertante: Hola, buenas noches, mire esta mañana le han hecho en Puerta de Hierro una endoscopia digestiva y en el informe aparece como complicación que se ha producido un desgarro a nivel de la rodilla duodenal con sangrado.*

- Médico: Sí.

- Alertante: Entonces no sé si ese es el motivo o no, pero desde que ha vuelto tiene unos fuertes dolores de vientre.

- Médico: Claro, es eso.

-Alertante: Y no consigo aliviarla de ninguna forma.

- Medico: Hay que volverla a llevar.

- Alertante: ¿Sí?

- Médico: Claro, para que sepan que le está doliendo y tendrán que esclerosarlo o hacer alguna cosa ¿eh?

- Alertante: Ya, el tema que en la Unidad Digestiva no hay nadie en Puerta de Hierro ahora, por la tarde.

- Médico: Vamos a ver, aunque no haya nadie en la Unidad Digestiva sí que hay un endoscopista de guardia para que le pueda hacer lo que sea necesario para que le quite el dolor ¿eh?

- Alertante: Ya, y ¿usted no podría aconsejarme algo que le pudiera dar?

- Médico: Es que si es un desgarro no sé qué importancia puede tener, porque un desgarro importante ...

- Alertante: Claro, es lo que no dice el informe.

- Médico: Claro es que ese es el problema, porque si yo supiera que es un desgarro pequeño pues le decía mire sí, tome Almax y tome Omeprazol, pero claro si es un desgarro importante eso hay que

*esclerosarlo, es decir, con el mismo endoscopio ponerle como pequeñas quemaduras para quitarle el desgarro.*

*- Alertante: Sí, como información le podré decir que en el parte de informe dice, se produce, le leo, se produce desgarro mucoso a nivel de rodilla duodenal, con sangrado que cede de forma espontánea, eso es lo que dice, ha podido ...*

*- Médico: Si ha tenido sangrado eso ya es una herida ...*

*- Alertante: Ya.*

*- Médico: Entonces una herida lógicamente. ...Duele. Duele y además en la zona que está pues lógicamente mucho más que en otro sitio.*

*- Alertante: Ya.*

*- Médico: Entonces a lo mejor metiendo el endoscopio y haciendo una esclerosis es suficiente para que deje de molestar.*

*- Alertante: Y eso ¿tiene que ser en hospital?*

*- Médico: Claro porque no podemos hacerla de otra forma.*

*- Alertante: No, mi pregunta, disculpe, usted sabe cómo son las urgencias, usted sabe cómo está todo de saturado ...*

*- Médico: Ya, ya, si lo sé, pero hay cosas que en casa podemos hacer o poner tratamiento ...*

*- Alertante: Ya.*

*- Médico: Y hay otras cosas que no se pueden ...*

- Alertante: *Exacto, ha llegado usted al punto de mi consulta, si se puede hacer algo aquí o tengo que meterla en el coche . . .*

- Médico: *Yo me temo que tiene que llevarla al hospital porque, vuelvo a repetir, no sé, a ver ...*

- Alertante: *Sí, el nivel de desgarro.*

- Médico: *El nivel de profundidad que tiene el desgarro.*

- Alertante: *Claro.*

- Médico: *Y claro, si tiene un nivel importante, pues lógicamente no se le va a pasar con medicación.*

- Alertante: *Ya ... ¿y podríamos ...? Perdone doctora que le insista.*

- Médico: *Sí, como no.*

- Alertante: *¿Podríamos probar con algo y dar un tiempo de espera?*

- Médico: *Sí, podríamos probar con Almax ¿tiene Almax en casa?*

- Alertante: *Sí, sí, sí tengo sí.*

- Médico: *Pues con Almax ¿eh? Darle en sobres.*

- Alertante: *Sí.*

- Médico: *Y darle Omeprazol. Vamos a intentarlo así y si ve que no se le quita, que es casi seguro que no se le va a quitar, pues no tiene más remedio que ir al hospital ¿vale?*

- Alertante: *Perfecto, pues muchas gracias, muy amable.*

- Médico: *Nada.*

- Alertante: *Y seguiré sus consejos. A ver si conseguimos que se le pase y no haya que sacarla claro. Es que además ella es muy dura y es que lo está pasando muy mal, realmente mal.*

- Médico: *Normal, porque una herida en el estómago es una úlcera... Ya lo entiendo, vamos a intentarlo así y ya le digo, si ve que no tiene que ir al hospital porque eso significa que la herida es más profunda de lo que pensamos entonces no queda más remedio que esclerosarse.*

- Alertante: *Evidentemente ¿puede haber algún riesgo superior o algún riesgo o algún riesgo mayor que haya un sangrado ...?*

- Médico: *Yo creo que no, porque tenemos la suficiente capacidad de coagular, aunque tenga 72 años y empezar a curar la herida, que para eso tenemos mecanismos, pero otra cosa es que, claro, si es muy profunda pues hay que hacer algo ...*

- Alertante: *Sí, sí, claro, es que eso no se puede evaluar, en el informe no se prueba que nivel de herida, bueno no obstante me ha dicho usted una cosa muy importante que tenemos capacidad de coagulación aún a pesar de la edad ella es una chavalilla o sea que ...*

- Médico: *Pues efectivamente.*

- Alertante: *Muy amable doctora, muchas gracias.*

- Médico: *Que vaya todo bien, que es lo importante.*

- Alertante: *Gracias, buenas tardes”.*

LLAMADA DEL DÍA 26 DE ENERO DE 2022, A LAS 07:03 HORAS

*“- Alertante: Hola, buenos días, esto ... no sé si le han comentado algo, ayer a mi esposa le hicieron en Puerta de Hierro una endoscopia digestiva y hubo un desgarro interno y bueno pues ha tratado de calmárselo durante el día de ayer, pero ha pasado toda la noche gritando con lo cual no ha mejorado nada.*

*-Médico: Vale, mejor que la vean en el hospital, si la han hecho endoscopia y le han hecho desgarro ... ¿le mando ambulancia?*

*- Alertante: Pues si es tan amable sí, porque es mayor y yo también y no tengo mucha fuerza para moverla. ...”*

También se ha emitido un informe suscrito por el jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, de fecha 11 de abril de 2023, que destaca la completa información preliminar ofrecida a la paciente sobre la ecoendoscopia que se le practicó el día 25 de enero de 2022, la firma del documento de consentimiento informado y el desarrollo del procedimiento, durante el que se produjo el desgarro mucoso en el bulbo duodenal de la paciente, que resultó oportunamente documentado y que el informe describe como un “*daño superficial*”, que “*no se considera una perforación*”.

Se refieren igualmente en el informe cuales fueron las medidas de control sobre la evolución de la paciente, adoptadas a continuación de la ecoendoscopia, indicando que, “*...una vez finalizada la exploración, la paciente pasó a la sala de recuperación, supervisada por personal de Enfermería. Un miembro del equipo médico y la enfermera de la recuperación comprobaron la ausencia de complicaciones inmediatas y la paciente fue dada de alta sin referir dolor abdominal. A la paciente se le entregó el informe y la recomendación de acudir con dicho informe a ese centro, en caso de presentar dolor, fiebre o cualquier síntoma preocupante*”.

El mismo informe añade: *“Si la paciente hubiera presentado dolor durante su estancia en observación, hubiera sido remitida a Urgencias.*

*La paciente acudió al servicio de Urgencias a primera hora de la mañana del día siguiente a la exploración. A partir de este momento, el equipo de Digestivo siguió de cerca la evolución de la paciente, a cargo de los servicios de Urgencias, Cirugía y Anestesia”- folio 913-.*

Consta, además, otro informe emitido por los responsables del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, detallando prolijamente y justificado cual fue su intervención en todos los procesos médicos de esta paciente en que estuvieron implicados, desde el mismo día 25 de enero de 2023, durante la sedación del proceso endoscópico que dio comienzo a las asistencias cuestionadas. Se adjunta el documento de consentimiento informado de la indicada sedación.

También se ha incorporado un informe suscrito por los responsables del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del hospital, de fecha 16 de mayo de 2023, relatando el conjunto de las asistencias dispensadas a su cargo – folios 924 al 930-. Como resumen y valoración de tales asistencias, el informe establece que, los firmantes *“entienden acreditado que se controló y vigiló a la paciente, en la medida que precisó en cada momento, realizando las pruebas y tratamientos necesarios, desde el momento de su atención inicial y en cada complicación que surgió y a la que el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo hubo de hacer frente”.*

Con fecha 5 de febrero de 2024, se formuló un escrito de impulso procesal por los reclamantes, interesando la remisión de copia de lo actuado- folios 934 y 935-. Se les contestó el día 8 de febrero de 2024, indicándoles que el expediente se hallaba pendiente de ser informado por la Inspección Sanitaria.

El 21 de febrero de 2024, emitió informe la Inspección Sanitaria, que concluyó que las asistencias dispensadas a esta paciente fueron en todo momento ajustadas a la *lex artis ad hoc*, pese al fatal desenlace - folios 948 al 951-.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, el día 24 de abril de 2024 se concedió trámite de audiencia a los reclamantes para que formularan alegaciones y presentaran los documentos que tuvieran por conveniente- folio 968-.

El día 26 de junio de 2024, los letrados representantes de los reclamantes formularon escrito de alegaciones, reiterándose en sus pretensiones y manifestando que, *“habiendo transcurrido un año y tres meses desde que se les notificó el inicio de la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial, la Administración no había dictado resolución expresa, existiendo una vulneración de la lex artis ad hoc por parte del Hospital Universitario Puerta del Hierro por un incorrecto manejo inicial de la Dña.... tras producirle un desgarro mucoso de la rodilla duodenal al realizarle una endoscopia a la paciente, debiendo haberse realizado TAC abdominal con contraste oral para valorar si existía fuga de contraste e incluso mantener a la paciente ingresada a fin de encontrar algún hallazgo sugestivo de perforación”*.

Con fecha 6 de agosto de 2024, según consta, se adicionaron al expediente, las llamas efectuadas al SUMMA 112, en formato audio, puesto que hasta entonces únicamente constaban en el procedimiento sus transcripciones, habiendo sido interesada su adición por los reclamantes, mediante escrito dirigido al SUMMA 112, el 19 de julio de 2024.

El 24 de septiembre se repitió el trámite de audiencia a los reclamantes y el 14 de octubre de 2024, sus letrados efectuaron nuevas

alegaciones, insistiendo en los planteamientos de su reclamación inicial.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, formuló propuesta de resolución el 21 de octubre de 2024, en el sentido de desestimar la reclamación formulada, al no ser el daño antijurídico.

**CUARTO.-** La consejera de Sanidad formuló preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 7 de noviembre de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día señalado en el encabezamiento de este dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguiente

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3. a) del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto son los parientes de la paciente, cuyo fallecimiento les ha ocasionado un indudable daño moral exonerado de prueba.

No obstante, en este caso debemos negar la legitimación de los parientes para reclamar por la pretendida falta de consentimiento para realizar la ecoendoscopia a la paciente. Tratándose de una cuestión particularmente analizada en la reclamación inicial, parece oportuno recordar cual es el estado actual del criterio que sobre dicho asunto mantiene este órgano.

La cuestión referida, si bien dista de ser pacífica en nuestro derecho, ha sido objeto de reciente pronunciamiento por esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 47/23, del 2 de febrero de 2023, en el que no obstante, las dudas surgidas en esta materia a raíz de la Sentencia de 31 de octubre de 2022 de la Sección Décima, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, viene a ratificarse en rechazar la transmisibilidad *iure hereditatis* del derecho al resarcimiento de los daños personales, en línea con lo previamente señalado en sus dictámenes de 285/16, de 7 de julio, y 201/17 de 18 de mayo.

Señalábamos en el Dictamen de 2 de febrero de 2023, que *«a juicio de este órgano consultivo, el derecho al resarcimiento de la lesión por daños personales es un derecho de crédito intuitu personae que solo lo*

*puede reclamar el titular lesionado. Si fuera un derecho de crédito sin más, sería transmisible tanto inter vivos como mortis causa, de conformidad con el artículo 1112 del Código Civil, que establece que todos los derechos adquiridos en virtud de una obligación, en este caso una obligación extracontractual, “son transmisible con sujeción a las leyes, si no se hubiese pactado lo contrario”. El derecho de crédito intuitu personae no es transmisible por acto inter vivos. (...)*

En este mismo sentido, la propia STS 141/2021 dice que el derecho al resarcimiento del daño, lo adquiere el lesionado desde que lo sufre y queda integrado en su patrimonio, “susceptible de ser transmitido a sus herederos”. Esto significa que no todos los derechos de crédito *intuitu personae* para el resarcimiento del daño personal son transmisibles a sus herederos, sino que solo son transmisibles aquellos en los que el alcance del daño se haya determinado bien por una reclamación o un informe pericial como concluye la STS 141/2021: “Por consiguiente, el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por éstos como perjudicados por su fallecimiento”. El mismo criterio ha sido posteriormente mantenido en el Dictamen 68/23, de 9 de febrero y en el Dictamen 589/24, de 3 de octubre.

En este sentido, no resulta del expediente que la reclamante actuando en su propio nombre y derecho, ni representada por sus hijos o por un tercero, manifestara su intención de reclamar por la falta de información sobre los riesgos de la ecoendoscopia, a pesar de que, desde que se constató la perforación, 26 de enero de 2022 y hasta el fallecimiento de la paciente el 17 de marzo de 2022, transcurrieron casi dos meses. Por esta razón, los reclamantes solo tienen legitimación para reclamar por el fallecimiento de su madre y carecen de legitimación para reclamar los daños personalísimos sufridos por esta, como sería la vulneración del derecho a la información.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 este caso, según consta, el fallecimiento de la paciente se produjo el día 17 de marzo de 2022, de forma que la reclamación formulada el 9 de febrero de 2023, debe entenderse efectuada en plazo legal.

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 han emitido diversos informes por el SUMMA 112 y por los responsables de todos los servicios hospitalarios involucrados en la asistencia. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los interesados y 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 C-A, 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.-** El fallecimiento de la paciente determina la indudable existencia de un daño moral en este caso, según ya se expuso, aunque la existencia de la responsabilidad patrimonial pretendida exigiría que se acreditaran los restantes requisitos de la institución.

Como hemos reiterado en nuestros dictámenes, para acreditar la mala praxis que se plantea han de aportarse medios probatorios idóneos. 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), cuando señala que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, la reclamación no se encuentra fundamentada en ningún informe técnico médico y los parientes de la paciente se limitan a afirmar sin sustento probatorio alguno que concurrió falta de información sobre los riesgos de la ecoendoscopia y que, una vez producido el desgarro mucoso, no fue tratado con prontitud y diligencia, ni por el SUMMA 112, ni por los distintos responsables del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

Frente a lo indicado, con independencia de la ausencia de legitimación al efecto de los herederos de la paciente, según lo que se expuso; ciertamente consta en la historia clínica aportada la existencia del indicado documento de consentimiento informado para la ecoendoscopia diagnóstica, firmado tanto por la paciente como por el médico, a fecha 25 de enero de 2022 y, en la misma se contempla la mención a los desgarros, entre los eventuales riesgos de la técnica.

Sobre el particular, explica la Inspección Médica que, la endoscopia es la técnica de elección cuando se sospecha patología en el tracto digestivo superior, teniendo numerosas indicaciones tanto

diagnósticas (urgentes y electivas) como terapéuticas. La única contraindicación absoluta es la negativa del paciente a su realización.

La endoscopia digestiva alta o gastroscopia, permite visualizar el tubo digestivo desde la cavidad oral hasta la segunda o tercera porción del duodeno y tiene un papel crucial en el diagnóstico y el tratamiento de muchas de las enfermedades del tracto digestivo superior.

Dado que es una técnica invasiva, aunque infrecuentes, en ocasiones puede presentar alguna complicación. Aunque la tasa de complicaciones es muy baja, alrededor del 0,25%, la endoscopia digestiva alta no está exenta de ellas. Antes de proceder a su realización es necesario disponer de un consentimiento informado firmado, en el que se deben hacer constar todos los posibles efectos adversos que se pueden producir.

El envejecimiento de la población supone la presencia en la sala de endoscopias de pacientes con comorbilidades significativas que incrementan el riesgo derivado tanto de la prueba endoscópica como de la sedación o anestesia realizada.

Los procedimientos endoscópicos digestivos están asociados a complicaciones en forma infrecuente, siendo la perforación iatrogénica una de las que se asocian a significativa morbilidad y mortalidad. Se han descrito incidencias desde 1:2.500 a 1:11.0000 en procedimientos diagnósticos y de hasta 3:100 en procedimientos terapéuticos.

Sea como fuera, la mención entre los riesgos del consentimiento informado de esta complicación excluye su antijuridicidad.

En cuanto al abordaje de la indicada complicación cuando la misma se produzca, el mismo informe de la Inspección Sanitaria señala que, las recomendaciones de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, establecen:

-Si la perforación es detectada durante la endoscopia, se recomienda incluir en el informe su tamaño y localización con una fotografía, el tratamiento endoscópico si es que fue posible realizarlo, el uso de CO<sup>2</sup> o aire para su insuflación, además de la información habitual en estos informes.

-En perforaciones duodenales diagnosticadas a posteriori de la endoscopia (>12 horas), el manejo debe ser quirúrgico, en caso de extravasación del medio de contraste o gran acumulación de líquido en el TAC, o si la condición del paciente se deteriora.

Trasladando todo ello al supuesto analizado, observamos que, en este caso, constan en la documentación clínica, diversas fotografías de la endoscopia diagnóstica, de forma que puede tenerse por cumplimentada la oportuna documentación y descripción gráfica de la complicación.

De otra parte, también consta que, la paciente fue dada de alta, habiendo cesado el sangrado de forma espontánea y tras no manifestar sintomatología álgica alguna. Sin embargo, posteriormente cuando la paciente ingresó en el hospital y, ante la aparición del dolor abdominal, se le realizó TAC y se procedió al cierre endoscópico de la perforación, permaneciendo la paciente en constante vigilancia de los datos de su evolución, para atender las sucesivas necesidades que se fueran presentando, manteniendo el manejo hospitalario y la constante evaluación por el equipo quirúrgico.

Por otra parte, durante el espacio de tiempo en que la paciente permaneció en su domicilio, durante la tarde y la noche del día 25 de enero de 2022 y la madrugada del día siguiente, también ha quedado establecido como hecho objetivo que, el SUMMA112 atendió con diligencia las dos llamadas efectuadas, recomendando en la primera hasta en cuatro ocasiones al esposo alertante que, trasladara a la

paciente a las Urgencias hospitalarias, sin que pueda atribuírsele desatención o achacársele la decisión negativa de efectuar el traslado. Además, tras la segunda llamada, se articuló con toda rapidez el traslado de la paciente al hospital, en una ambulancia.

Por tanto, en cuanto a estos extremos debemos compartir el criterio de la Inspección Médica que indica que, la asistencia en todo momento se ajustó a la *lex artis ad hoc*, puesto que en la primera llamada realizada al SUMMA 112, la facultativa indicó en varias ocasiones que trasladasen a la paciente al hospital y, una vez que llegó (trasladada por una ambulancia, enviada a raíz de la segunda llamada al SUMMA 112, y no por sus parientes, como indicaron en la reclamación), la paciente recibió constante tratamiento y seguimiento, siendo sometida a procedimientos de resolución quirúrgica de la complicación de la ecoendoscopia que se había materializado y al seguimiento, control y vigilancia de su evolución, tras las intervenciones quirúrgicas realizadas, a cargo del Servicio de Anestesiología y Reanimación, pese al fatal desenlace.

Recordemos en este punto 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*”.

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 12 de diciembre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 783/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid