



## Dictamen nº 91/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de abril de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 23 de octubre de 2023 (COMINTER núm. 250673) y un disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 25 de octubre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023\_339), aprobando el siguiente Dictamen.

### **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 3 de noviembre de 2016 un abogado, actuando en nombre y representación de D. Y y de D.ª X y D.ª Z, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial.

En ella expone que sus mandantes son, respectivamente, el cónyuge viudo y las hijas de D.ª P, que falleció el 19 de diciembre de 2015 en el Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HGUMM) de Murcia, debido a una peritonitis y a un hemoperitoneo por perforación duodenal tras una colangiopantografía retrógrada.

En este sentido, relata que la Sra. P ingresó el 16 de octubre de 2015 en el Hospital de la Vega *Lorenzo Guirao* (HLG) de Cieza, por una pancreatitis aguda por la que se le concedió el alta el mismo día, con el diagnóstico de vesícula biliar con pared edematosa y pancreatitis aguda alitiásica.

El día 29 del mismo mes de octubre se le realizó una colangiorresonancia magnética nuclear (CRMN), que permitió al Servicio de Digestivo emitir el diagnóstico de coledocolitiasis el 7 de noviembre siguiente. Por este motivo, se la derivó al HGUMM para someterla a la referida colangiopantografía.

La prueba se llevó a efecto el 17 de noviembre de 2015, y en el informe de la prueba se dejó constancia de que la limpieza era mala porque la preparación no había sido buena. En el apartado referido a la *Exploración* se explica que *“Introducimos duodenoscopia visualizando abundantes restos alimenticios en estómago y duodeno que no se pueden aspirar. A pesar de lo cual, rectificamos objetivando una papila minúscula con ectropion papilar que conseguimos canular con papilotomo estándar y guía de 0,35 mm. Se realiza esfinterotomía reglada. En la imagen colangiográfica tras instilar contraste no se aprecian litiasis ni dilatación franca de la vía biliar. Se pasa un balón de Fogarty varias veces saliendo material biliar sin litiasis formes. Queda buen drenaje. No se canula wirsung”*. Y se apunta, asimismo, que *“Al término de la exploración hay restos hemáticos que parecen proceder de la cavidad oral del roce que se autolimitan”*.

Seguidamente, el letrado explica que la paciente, desde la intervención referida, presentaba dolor agudo en el abdomen, por lo que se solicitó el 18 de noviembre la realización de una tomografía axial computarizada (TAC). En el informe se alude a un vómito hemático en el postoperatorio inmediato, que se imputó a una laceración con el

endoscopio.

Destaca, asimismo, que a las 32 horas desde que se practicara la colangiopantografía, se le intervino de abdomen agudo por perforación de víscera hueca duodenal yuxtapapilar y transcribe la siguiente anotación: *“Lavado de cavidad abdominal, sutura de la perforación y colecistectomía reglada. Durante la exploración de la cavidad abdominal y maniobras de lavado se evidencia pequeño desgarró en cápsula esplénica. A pesar de las medidas hemostásicas empleadas la hemorragia no cede por lo que se decide esplenectomía”*.

El abogado expone que la paciente quedó ingresada el 18 de noviembre de 2015 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para control posquirúrgico por perforación de víscera hueca, neumomediastino y neumoperitoneo.

También relata que se realizó una radiografía de tórax el 21 de noviembre, que informó de un rápido empeoramiento con hallazgos compatibles con un edema agudo de pulmón, sin descartar la posibilidad de que hubiese una infección.

El 28 de noviembre se practicó una TAC abdomino-pélvica, que informó de la fuga de contraste desde la primera rodilla duodenal en su pared posterior, adecuadamente recogida por catéter. Ante esta circunstancia, los facultativos del Servicio de Digestivo decidieron mantener una actitud conservadora.

Sin embargo, una nueva TAC efectuada el 2 de diciembre siguiente alertó de una fuga en la segunda perforación duodenal. Por tanto, destaca el abogado, que había dos perforaciones duodenales, una que se suturó yuxtapuesta a la papila, y la otra que no se suturó en la rodilla duodenal.

Sin embargo, advierte el letrado que, para entonces, la paciente presentaba ya un shock séptico de origen abdominal.

El 11 de diciembre de 2015 se realizó una nueva TAC que informó de la probable resolución de la fístula duodenal. La enferma falleció, como se ha adelantado, el 19 de diciembre de 2015 por las razones que ya se han apuntado.

El abogado argumenta que se incurrió en una defectuosa asistencia sanitaria por las siguientes razones:

1º.- No se informó a la paciente de los riesgos de la intervención, ni consta que firmase un documento de consentimiento informado.

2º.- El endoscopista decidió realizar la colangiopantografía pese a la mala preparación que se había seguido, lo que dificultaba la visión de la zona a intervenir y, por tanto, suponía un notable incremento del riesgo. En cualquier caso, tal circunstancia debió llevar a recabar un nuevo consentimiento informado de la paciente con indicación de los riesgos personalizados, al estar notablemente incrementado el riesgo normal.

3º.- La colangiopantografía fue defectuosamente realizada, de modo que se causaron a la paciente dos perforaciones duodenales (una yuxtapuesta a la papila y otra a la altura de la rodilla del duodeno) y una lesión directa del bazo que obligó a su extirpación con posterioridad.

4º.- La circunstancia de la mala preparación para la colangiopantografía debió conducir a una intensa vigilancia postoperatoria ante la posibilidad de que se produjese una perforación duodenal. Sin embargo, la paciente no fue visitada por médico alguno hasta 24 horas después de la intervención, cuando ya presentaba una peritonitis franca. Aun así, no fue operada hasta la noche del día 18, cuando el diagnóstico fue efectuado a mediodía. Lo que supuso una notable progresión de la infección. Y ello a pesar del vómito hemático sufrido por la paciente en el postoperatorio inmediato.

5º.- En la segunda intervención no se reparó la perforación duodenal, que estaba a la altura de la rodilla duodenal, por lo que no se hizo ninguna comprobación de la integridad del tejido una vez suturada la primera perforación, como era obligado.

6º.- Cuando se objetivó la fístula duodenal ocasionada por la segunda perforación no se debió adoptar una actitud expectante. Dado que se encontraba en el ámbito de una peritonitis generalizada, era necesaria su reparación quirúrgica para poder solucionar la infección peritoneal. Al no hacerlo así, la enferma no pudo superar la infección.

El abogado sostiene que todo ello supuso la causa del fallecimiento de la paciente. Así, las perforaciones intestinales y la lesión del bazo posibilitaron el vertido a la cavidad peritoneal de contenido intestinal altamente contaminante, gas y sangre, lo que provocó una infección del peritoneo (peritonitis). Al dejar transcurrir las horas sin diagnóstico y sin tratamiento, la infección progresó hasta debilitar en extremo a la paciente, llegando al torrente sanguíneo y provocando también infección pulmonar. Al no reparar la segunda perforación duodenal en la reintervención, persistió el vertido de material fecaloide a la cavidad peritoneal, lo que impidió a la paciente superar la infección, que siguió progresando hasta causar un shock séptico y, finalmente, su fallecimiento.

Por lo que se refiere a la valoración de los daños por los que reclaman, advierten que aplican el baremo introducido por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, del siguiente modo:

1) Para el esposo viudo, D. Y, solicitan una indemnización de 194.853,75 € con arreglo al siguiente desglose:

A.- Perjuicio personal básico. Tabla 1.A:

- Cónyuge viudo: Convivencia de más de 15 años para víctima de 75 años, 70.000 €, más 1.000 € por cada año adicional de convivencia, 42.000 €. Total: 112.000 €.

B.- Perjuicio particular:

- 73.920 € por una discapacidad previa del 66%.

C.- Daño emergente: 400 €.

D.- Lucro cesante corregido: 8.533,75 €.

2) Para D.<sup>a</sup> Z, demandan una indemnización de 20.400 €, calculada de la siguiente forma:

A.- Perjuicio personal básico. Tabla 1.A:

- Hija, 20.000 €.

C.- Daño emergente.: 400 €.

3) Para D.<sup>a</sup> X, solicitan un resarcimiento de 25.400 €, calculada del siguiente modo:

A.- Perjuicio personal básico. Tabla 1.A:

- Hija, 20.000 €.

B.- Perjuicio particular: 5.000 €.

C.- Daño emergente. 400 €.

En consecuencia, solicitan una reparación total (194.853,75 + 20.400 + 25.400) de 240.653,75 €.

Junto con la reclamación aportan copias de varios certificados de inscripción en el Registro Civil de Cieza, de diversos documentos de carácter clínico, y de una resolución de la Dirección del Instituto Murciano de Acción Social (ISSORM) de reconocimiento de grado de minusvalía de la fallecida.

**SEGUNDO.-** El 10 de enero de 2017 se solicita al abogado interviniente que acredite la representación con la que dice intervenir en nombre de sus clientes.

El letrado presenta el día 26 de dicho mes un escrito con el que adjunta la copia de una escritura del apoderamiento conferido a su favor por los reclamantes.

**TERCERO.-** La solicitud de indemnización se admite a trámite el 31 de enero de 2017, y al día siguiente se informa de este hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a

la compañía aseguradora correspondiente.

Con fecha 6 de febrero de 2017 se informa de ello, asimismo, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud VI-HGUMM y IX-HLG que remitan copias de las historias clínicas de la paciente fallecida de las que respectivamente dispongan, así como los informes de los facultativos que la atendieron.

**CUARTO.-** El Director Gerente del Área de Salud IX-HLG remite al órgano instructor, el 17 de febrero de 2017, la copia documental solicitada, un disco compacto (CD) en que el que se contienen los resultados de las pruebas radiológicas que se practicaron y el informe suscrito 4 días antes por el D. Q, en el que se expone:

*“-Que [la paciente] ingresó en nuestro hospital en las fechas referidas en los informes por cuadro de pancreatitis aguda y que las pruebas que se le realizaron diagnostican vesícula alitiásica y coledocolitiasis.*

*- Que la coledocolitiasis precisa de la prueba de ERCP ó CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) para extracción de los cálculos. El Hospital de referencia para la realización de este procedimiento es el Hospital Morales Meseguer.*

*- La paciente fue remitida a dicho centro con los informes pertinentes y con el consentimiento informado, tanto de la CPRE como de la Ecografía endoscópica por si fuere preciso, firmados por la hija. Así consta en nuestro archivo con reporte ok de fax, con un total de 10 páginas, del día 9 de Noviembre de 2015”.*

**QUINTO.-** La solicitud de información y documentación al Área de Salud VI-HGUMM se reitera el 16 de marzo y el 6 de junio de 2017.

El 5 de julio siguiente se recibe una comunicación del Director Gerente del Área de Salud citada, con la que aporta una copia de la historia clínica de Atención Especializada y tres informes médicos.

El primero es el realizado el 19 de junio de 2017 por el Dr. D. R, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, en el que expone lo siguiente:

*“Paciente de 75 años, que como antecedentes más importantes presenta HTA, alergia a cefalosporinas, síndrome depresivo, hipotiroidismo y cardiopatía isquémica, por lo que recibía varios medicamentos, y con situación basal normal, activa e independiente. Ingresada procedente del Hospital de Cieza para realizar una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que se realiza el día 17 de noviembre, presentando ligero sangrado. A las 24 horas comienza con cuadro de abdomen agudo, por lo que se realiza una tomografía computarizada (TC) que muestra hallazgos compatibles con perforación duodenal. Por este motivo se realiza intervención quirúrgica urgente realizándose lavado de cavidad abdominal, sutura de la perforación intestinal y colecistectomía reglada. En el líquido peritoneal se aisló Enterococo. Durante la exploración de la cavidad abdominal y maniobras de lavado se evidencia pequeño desgarro en cápsula esplénica, que no cesa con medidas hemo estáticas, por lo que se realiza esplenectomía. Durante la intervención se trasfunde 2 concentrados de hematíes y plasma. Tras la intervención se decide ingreso en UCI, siendo conectada a ventilador mecánico. Los primeros días precisa soporte con drogas vasoactivas a dosis bajas manteniéndose estable dentro de la gravedad. A partir del día 22 de noviembre empeoramiento clínico, presentando arritmia cardíaca y empeoramiento del funcionalismo respiratorio por aparición de Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). Se realiza TC torácico y abdominal (...), en este último sin evidenciar complicación abdominal. El día 28 de noviembre se inicia nutrición enteral, evidenciándose salida de la misma por drenaje abdominal por lo que se realiza nuevo TC abdominal que muestra fuga duodenal, pero al estar recogido todo el débito por el drenaje, se decide por parte de Cirugía actitud conservadora. Durante los días posteriores la situación hemodinámica y renal es e stable, con los problemas a nivel respiratorio. Se evidencia crecimiento de levaduras en diferentes ocasiones en varias muestras orgánicas, por lo que además de antibióticos recibe tratamiento antifúngico. El día 28 de noviembre y el 2 de diciembre se realiza nuevos TCs abdominal que siguen mostrando fuga duodenal, con resolución de la misma en TC del día 11 de diciembre. Pese a ello, el funcionalismo respiratorio nunca ha mejorado de forma significativa, persistiendo imágenes compatibles con SDRA con hipoxemia severa, que va empeorando progresivamente con*

*hipoxemia refractaria que finalmente produce la muerte el día 19 de diciembre.*

*Juicio Clínico: Peritonitis por perforación duodenal secundaria a CPRE. Dehiscencia de sutura duodenal. Fracaso Multiorgánico. Exitus”.*

El segundo es el suscrito el 20 de junio de 2017 por el Dr. D. S, Jefe de Sección de Aparato Digestivo, en el que explica que se le realizó a la paciente una CPRE (o ERCP) el 11 de noviembre de 2015.

También, que previamente se había constatado que:

*“1. Existía una indicación correcta de la técnica ERCP con intención terapéutica en paciente con pancreatitis aguda previa y hallazgo previo de litiasis en colédoco constatada en una CRM.*

*2. Se envió consentimiento informado específico de ERCP a su Hospital de referencia que fue firmado por familiar (hija) (y después por el adjunto responsable (...)). Se adjunta la información de ERCP que está pegada al documento de consentimiento informado específico de esta exploración cuya copia se da a paciente/familiar.*

*3. Estudio preanestésico.*

*El día de la ERCP, se constató que estaba en ayunas y tras inducir el anestesista una sedación profunda a la paciente, se introdujo el endoscopio habitual para ERCP (duodenoscopia de visión lateral) observándose en ese momento que había presencia de alimentos en estómago (relatado en informe de ERCP). En esta situación, se exploró duodeno que sin embargo no tenía alimentos que obstaculizaran la identificación de la papila de Vater, objeto de la intervención terapéutica, por lo que se canuló y se evidenció ausencia de litiasis detectables pero en el contexto clínico (pancreatitis previa, etc.) y se realizó papilotomía para dejar buen drenaje de paso a barro biliar etc. que pasa desapercibido con el contraste introducido en vía biliar por endoscopia, pero es el causante de pancreatitis. No se canuló el Wirsung, circunstancia que provoca pancreatitis, principal complicación del procedimiento (y más frecuente).*

*Posteriormente a la realización de ERCP, se instauraron cuidados que consistieron en:*

*1. Ingreso reglado de observación 24h como en todas las ERCP por protocolo del servicio (no alta hospitalaria aunque se encuentren bien, como sí ocurre en otras exploraciones endoscópicas con sedación profunda, precisamente por si surgen complicaciones que no son muy infrecuentes post-ERCP).*

*2. Toma de constantes, observación por enfermería, vigilancia de dolor abdominal, deposiciones etc. En estos cuidados, tal y como consta en las notas de enfermería, se comprobó y anotó ausencia de signos de gravedad en las primeras horas después de la exploración, con abdomen blando, no requerimiento especial de analgesia etc. por lo que no se avisó al Internista de guardia que es el facultativo de presencia física responsable de los pacientes ingresados fuera del horario laboral (es decir, desde las 15.00h p.m hasta las 8.00h a.m del día siguiente).*

3. Al día siguiente de la ERCP sin embargo sí que se observó un empeoramiento brusco de la clínica con signos de irritación peritoneal, la mañana del día siguiente a la ERCP, por lo que la adjunta de planta a cargo del paciente (...) solicitó un TAC urgente para descartar complicación y tras la constatación en este de signos de perforación de víscera hueca se contactó e hizo interconsulta urgente a Cirugía y se operó de forma precoz a las 32 horas aproximadamente de realizada la ERCP.

El informe del TAC constató una fuga desde la rodilla duodenal superior (técnicamente, primera rodilla que está anatómicamente limitando con la segunda Porción duodenal), con salida "filiforme" (escasa, "en forma de hilo") de contraste desde el interior del duodeno hacia fuera, sin embargo, no había datos de perforación por la papilotomía (que está varios centímetros más abajo en la zona media de la segunda Porción duodenal). En esta situación, lo más probable es que haya sido una perforación no por la terapéutica (papilotomía) sino en relación de distensión del tubo digestivo proximal (superior) a ésta, producida en parte por el cuerpo del endoscopio.

En resumen:

Indicación correcta procedente de otro Centro (Hospital de Cieza) para ERCP terapéutica, correcta documentación de los consentimientos informados precisos y de la información entregada al paciente (ver documento estándar de información de ERCP anexo), correcta realización de la técnica, complicación conocida y descrita de la misma, manejo correcto de la paciente tras ERCP con cuidados inicialmente sin hallazgos relevantes, identificación precoz de la complicación, manejo correcto de la complicación con cirugía precoz y finalmente, desgraciadamente, éxito de la paciente a pesar de haber sido bien manejada, probablemente en relación con la importante patología de base que presentaba (descompensación cardiopulmonar, antecedentes cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, derrame pleural, insuficiencia cardíaca descompensada etc.).

Como comentario, la ERCP es una intervención con complicaciones graves conocidas y expuestas en la información del consentimiento informado (incluyendo la propia muerte), que aun aportando grandes beneficios en general a los pacientes en relación sobre todo con el drenaje de la vía biliar, puede tener complicaciones graves, que cuando se unen a una situación basal de enfermedad importante previa, desgraciadamente puede tener estas consecuencias...".

El tercero es el elaborado el 23 de junio de 2017 por el Dr. D. T, facultativo especialista de Área de Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que expone los antecedentes médicos que afectaban a la fallecida y destaca que se trataba de una paciente de alto riesgo médico y quirúrgico.

Asimismo, explica que el 16 de octubre se le diagnóstico en el HLG una pancreatitis aguda y que, tras efectuársele una colangiografía-RM, se apreció la existencia de una vesícula alitiásica y de coledocolitiasis. Por esta razón, se solicitó la realización de una ERCP-CPRE terapéutica (extracción de cálculos del colédoco) y se la remitió al HGUMM.

Y añade que "Tras estudio Preanestésico, e informada debidamente la paciente de los riesgos de la ERCP, se realiza la técnica con fecha 17/11/2015, incluyendo papilotomía con extracción de material biliar del colédoco y quedando un buen drenaje de la vía biliar.

Tras un período inicial en el que no se registran incidencias, al día siguiente del procedimiento la paciente comienza con dolor abdominal, motivo por el que se solicita TAC abdominal urgente (18/11/2015; 14:56 h.) que descubre hallazgos compatibles con perforación de víscera hueca de probable origen duodenal yuxtapapilar, dados los cambios en la zona, el antecedente de CPRE y la gran cantidad de aire de predominio retroperitoneal y mediastínico. Debemos destacar en este punto, que el informe especifica PERFORACION DUODENAL YUXTAPAPILAR. EN REFERENCIA A SU LOCALIZACION, PERO NO DOS PERFORACIONES, DUODENAL Y YUXTAPAPILAR.

Con los hallazgos clínicos y radiológicos de la paciente se realiza por parte del servicio de Digestivo consulta urgente con los cirujanos de guardia del servicio de Cirugía General (15.57 h), siendo la paciente valorada en ese momento e indicándose intervención quirúrgica urgente. Tal como queda reflejado en la hoja operatoria, el acto anestésico-quirúrgico dio comienzo a las 16.30 h, es decir, de forma inmediata tras la valoración por el anestesista, obtención de analíticas preoperatorias, información a la paciente y a los familiares y obtención del Consentimiento Informado.

Tras la apertura de la cavidad abdominal, se comprobó la existencia de una perforación única de 0.5 cm a nivel del bulbo duodenal. Se realizó sutura de la perforación según técnica habitual, colecistectomía, lavado de cavidad abdominal y drenaje ambiental periduodenal. Como se refleja en la hoja operatoria, un desgarro (deserosamiento) en la cápsula del bazo aconsejó -por prudencia- la realización de una esplenectomía, dado que no era segura una hemostasia correcta de otra forma. Esta circunstancia ocurre con frecuencia en la cirugía abdominal de urgencia del área gastro-duodenal, está reflejada en el consentimiento informado, y se realiza con objeto de prevenir hemorragias postoperatorias graves.

Tras la intervención quirúrgica, y una vez finalizaron los procedimientos anestésicos se procedió al ingreso de la paciente en UCI, para mejor cuidado postoperatorio.

Durante su estancia en UCI se realiza un TAC abdominal de control, con fecha 22/11/2015 donde informa que "no se observan fugas de contraste ni aire ectópico ... Sin complicaciones abdominales". En este punto insistimos en el correcto cierre de la perforación duodenal, pues el duodeno se mantenía estanco al 4º día de la intervención. No había, pues, una segunda perforación. Un nuevo TAC abdominal de control realizado el día 28/11/2015 evidencia una salida de contraste del tubo digestivo, a nivel duodenal, de bajo débito (filiforme). Este hallazgo es debido a una pequeña dehiscencia de la sutura duodenal realizada. En este punto debemos decir que este fenómeno sucede con cierta frecuencia al suturar segmentos intestinales friables por el proceso inflamatorio y es por ello por lo que, en previsión de dehiscencia y fístula, se deja un drenaje junto al área, como en este caso, con objeto de, si es una fístula de bajo débito (bien recogida por el drenaje, que no provoca acumulación de líquido intraabdominal o colecciones), se pueda tratar de forma conservadora con dieta absoluta, antibióticos, NPT y vigilancia. Este manejo suele conseguir su cierre espontáneo y evitar así una reintervención potencialmente peligrosa. Efectivamente, tras un exhaustivo control de la fístula y varios TAC que informan de buena evolución a este respecto (ausencia de líquido compatible con peritonitis, fístula bien recogida por el drenaje), se consigue el cierre el día 11/12/15. Insistimos en la ausencia de una segunda perforación y, mucho menos, en la presencia de material fecaloideo (propio, por otro lado, de fístulas intestinales bajas o colónicas, pero no duodenales).

A pesar de las medidas aplicadas en la UCI y del manejo correcto de la paciente por parte de los servicios de Digestivo y Cirugía, la paciente falleció el 19/12/2015 por un cuadro de SDRA con hipoxemia refractaria y Fracaso Multiorgánico”.

**SEXTO.-** Con fecha 14 de julio de 2017 se envía una copia del expediente administrativo a la Inspección Médica para que pueda elaborar su informe valorativo correspondiente.

**SÉPTIMO.-** El 10 de febrero de 2023 se recibe el informe realizado el día anterior por la Inspección Médica en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. [La paciente] de 75 años de edad fue derivada desde el Hospital de Cieza al HGUMM, para realizar una CPRE programada por coledocolitiasis que le había provocado una pancreatitis aguda. Los documentos de CI para la misma y para ecografía endoscópica, son firmados por una hija de la paciente.

2. La paciente ingresa en el hospital el día anterior a su realización. El 17 de noviembre se realiza CPRE con una única incidencia, que fue ligero sangrado que parecía provenir de la cavidad oral. Se extrae barro biliar.

3. Tras la CPRE ingresa en planta hospitalaria con evolución normal en las primeras horas. Al día siguiente dolor abdominal con peritonismo. Se realiza analítica y TAC que muestra una perforación duodenal. Complicación infrecuente y conocida de la técnica que se diagnosticó con prontitud.

4. Esa misma tarde se le intervino de urgencia reparando la perforación y realizando colecistectomía reglada. También se realizó esplenectomía por desgarró de la cápsula esplénica que provocó hemorragia que no cedía a otras medidas. Por tanto, manejo correcto tanto de la complicación post CPRE como del incidente quirúrgico.

5. El postoperatorio transcurre en UCI. La vigilancia postoperatoria así como el tratamiento instaurado en la unidad fueron correctos.

6. Al cuarto día tras la cirugía se realiza TAC de control. No hay complicaciones abdominales. Seis días después, se observa pequeña fuga duodenal en TAC que queda totalmente recogida por el drenaje, por lo que de manera correcta se decide tratamiento conservador que consigue el cierre de la misma.

7. Sin embargo la situación respiratoria de la paciente fue empeorando progresivamente siendo éxitus en situación de hipoxia refractaria el día 19 de diciembre.

8. La actuación de los profesionales fue acorde al buen hacer”.

**OCTAVO.-** El 20 de febrero de 2023 se concede audiencia a los interesados para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes, pero no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

**NOVENO.-** Con fecha 4 de octubre de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria, por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS, en concreto la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad que debiera existir para ello entre los daños reclamados y la asistencia prestada por dicho Servicio público de Salud.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 23 de octubre de 2023, completado con la presentación de un CD dos días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

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

de Murcia.

**SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.**

I. La reclamación por daño moral se ha formulado por tres personas interesadas, que son el cónyuge viudo y las dos hijas mayores de edad de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de las copias de los certificados del registro civil que se han aportado al expediente.

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

II. El artículo 67.1 LPAC determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En el presente supuesto, el fallecimiento de la esposa y madre, respectivamente, de los interesados se produjo el 19 de noviembre de 2015. En consecuencia, la acción de resarcimiento se interpuso el 3 de noviembre del siguiente año 2016 dentro del plazo establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación previsto en el artículo 91.3 LPAC puesto que se ha tenido que esperar más de cinco años y medio a que la Inspección Médica emitiera su informe valorativo.

**TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente, e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc*, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica, y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la

existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible, ni a la ciencia, ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública, y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

#### **CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.**

I. Como se ha expuesto, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización total de 240.653,75€, como consecuencia del daño moral que les causó el fallecimiento de su familiar, que había padecido una pancreatitis y que mostraba evidencias de sufrir también una coledocolitiasis. Sostienen que en el HGUMM, cuando se le practicó una CPRE para extraerle los cálculos, se le causaron a la paciente dos perforaciones duodenales (una yuxtapuesta a la papila y otra a la altura de la rodilla del duodeno), y una lesión del bazo que motivó que se le tuviera que extirpar con posterioridad.

Consideran que la CPRE se realizó de manera defectuosa porque la paciente había llevado a cabo una mala preparación previa, que incrementaba el riesgo -que se materializó- de ocasionar daños. Sostienen que las citadas perforaciones intestinales y la lesión del bazo provocaron el vertido a la cavidad peritoneal de un contenido intestinal contaminante, lo que causó una peritonitis que ocasionó, a su vez, que la infección se extendiera.

Advierten que en una segunda intervención de urgencia no se reparó quirúrgicamente la perforación que estaba a la altura de la rodilla duodenal, como hubiese sido lo correcto, sino tan sólo la otra perforación duodenal. Entienden que esta circunstancia motivó que continuase el vertido de material fecaloide a la cavidad peritoneal, lo que incrementó la infección hasta que le provocó un shock séptico a la enferma, que falleció por esa razón.

Por último, alegan que no se informó a la paciente de los riesgos que entrañaba la intervención, ni consta que firmase un documento de consentimiento informado adecuado para ello.

Sin embargo, los reclamantes no han presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que sirva para avalar las imputaciones de mala praxis que realizan, a pesar de que así lo exige el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el principio de distribución de la carga de la prueba y que resulta de aplicación plena, asimismo, en el ámbito de los procedimientos administrativos.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento la historia clínica completa de la familiar de los interesados y los informes de los distintos facultativos que la asistieron, además del informe

valorativo de la Inspección Médica.

II. La lectura del apartado *Juicio crítico* de ese último informe permite entender que, de manera contraria a lo que se sostiene en la reclamación, la realización de la CPRE provocó una única perforación a nivel de la primera porción del bulbo duodenal, como se pudo comprobar en la intervención quirúrgica que se realizó con posterioridad. Y que la lesión del bazo a la que se alude asimismo se produjo en esta última operación, no en la CPRE ya mencionada.

Por otro lado, se considera que la atención sanitaria tras la realización de esa intervención, la CPRE, fue correcta, y que se acomodó a la situación de normalidad inicial que mostró la enferma. Además, cuando se advirtió peritonismo y dolor abdominal se realizaron con rapidez las pruebas oportunas (analíticas y TAC) que mostraban la perforación duodenal y se la intervino de urgencia. Por esta razón, entiende la Inspectora Médica que, aunque se trató de una complicación infrecuente de la técnica empleada (Conclusión 3ª de su informe), se diagnosticó con prontitud y trató de forma rápida y diligente (Conclusión 4ª).

Tras la cirugía, la paciente fue remitida a la UCI donde se la sometió a una vigilancia postoperatoria correcta y se le instauró un tratamiento adecuado (Conclusión 5ª). Allí se mantuvo estable aún dentro de la gravedad, aunque comenzó a experimentar un empeoramiento respiratorio progresivo con hallazgos compatibles con un SDRA. Se le realizó una TAC el 28 de noviembre que evidenció la salida de contraste en pequeña cantidad (en forma de hilo) a nivel duodenal, correctamente recogida por el drenaje quirúrgico que se dejó. El Dr. T considera que ello se produjo como consecuencia una pequeña dehiscencia de la sutura duodenal realizada (Antecedente 5º de este Dictamen).

A juicio de la Inspectora Médica, esta circunstancia permitió tratar la fuga de manera conservadora. De hecho, explica en su informe que *“El manejo conservador de una fistula con dieta absoluta oral y nutrición parenteral, además de antibióticos que fue lo realizado con la paciente, constituye una opción válida y segura que logra evitar una reintervención quirúrgica, que conlleva más morbimortalidad. En la paciente se realizaron TAC de control los días 2 y 4 de diciembre que mostraron la adecuada evolución de la fistula, consiguiendo su cierre (que se objetiva en el TAC del día 11 de diciembre)”*. La apreciación de que la opción por el tratamiento conservador fue correcta, y que consiguió el cierre de la fuga duodenal, se reproduce en la Conclusión 6ª del informe mencionado.

En este sentido, el Dr. T resalta la inexistencia de una segunda perforación duodenal y de material fecaloideo, que es común según explica, en las fístulas intestinales bajas o colónicas, pero no duodenales.

A pesar de ello, la Inspectora reconoce que la situación respiratoria de la paciente fue empeorando progresivamente, con hipoxemia severa que se hizo refractaria a los tratamientos y que causó su fallecimiento por fracaso multiorgánico (Conclusión 7ª).

Por su parte, el Dr. S considera en su informe (Antecedente 5º) que el fallecimiento se produjo, probablemente, como consecuencia de la importante patología de base que presentaba la paciente (descompensación cardiopulmonar, antecedentes cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, derrame pleural, insuficiencia cardíaca descompensada etc.).

Por último, interesa destacar que no se produjo tampoco el déficit de información a la paciente que alega el abogado de los interesados, ya que una hija -aquí reclamante- de la fallecida firmó en su nombre los documentos de consentimiento informado para la realización de la CPRE -que acompañaba un manual explicativo anexo- y, en su caso, de una ecografía endoscópica (Conclusión 1ª), que se contienen en la información clínica remitida por el Director Gerente del Área de Salud IX-HLG (folios 53 a 57).

Estas apreciaciones llevan a la Inspectora Médica a declarar que la actuación de los profesionales que asistieron a la familiar de los reclamantes se ajustó a las exigencias de la *lex artis ad hoc* (Conclusión 8ª).

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al desenlace fatal que se produjo, no se incurrió en mala praxis ni existe, por ello, relación de causalidad alguna entre los daños morales mencionados y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe motivar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación porque no existe una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños morales por los que se reclama, que tampoco revisten carácter antijurídico.

No obstante, V.E. resolverá.

