

Dictamen n.º: **281/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de mayo 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., Dña. y Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuyen al fallecimiento de su esposa y madre, Dña., que atribuyen a la realización de una colonoscopia y al retraso de diagnóstico de las complicaciones sufridas, en el Hospital Universitario de Getafe.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 19 de abril de 2022, las personas mencionadas en el encabezamiento presentaron un escrito en una oficina de Correos, en el que reclamaban la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid por el fallecimiento de su esposa y madre, a la edad de 64 años, por “*sepsis grave secundaria a peritonitis por perforación de colón*” y que imputan a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Getafe.

Según el relato del escrito de reclamación, su familiar era una paciente con varias patologías crónicas o enfermedades previas

(esteatosis hepática, hipertensión arterial y diabetes mellitus) que hacían que su tratamiento o en la realización de cualquier tipo de procedimiento o intervención médica, se debían de extremar las precauciones o prevenciones médicas necesarias por tener con carácter previo dichas patologías.

Señalan que, durante los primeros meses del año 2021, su esposa y madre presentaba un cuadro de desorientación, unos dolores en la zona abdominal epigástricos y una anemia desconocida, y se le recomendó por el personal médico del Hospital Universitario de Getafe que se la debía de practicar, un procedimiento de alto riesgo, dado el estado de salud de la paciente, consistente en una colonoscopia, que se realizó el 31 de marzo de 2021 y en la que le extirparon dos adenomas o pólipos, si bien existía un tercero que no pudo ser extraído porque presentaba mayores dificultades de extirpación, por lo que se programó una segunda colonoscopia para el 20 de abril de 2021.

Los reclamantes reprochan que no se valoró suficientemente por los médicos especialistas la necesidad de realizar la segunda colonoscopia, dado que era una paciente de alto riesgo por sus patologías previas, y se debieron extremar las precauciones necesarias en estos casos. Además, sostienen que una vez se decide repetir la colonoscopia, y al encontrarse con dificultades en su extirpación, dicho procedimiento se debió suspender o interrumpir, y realizar una biopsia, para saber si el pólipo era maligno o benigno, sin embargo, dicho procedimiento de resección o extracción tuvo tantas complicaciones, que el endoscopista causó una perforación en el colon el día 20 de abril de 2021.

Según los reclamantes, extraña sobremanera que existiendo dicha dificultad en la colonoscopia y dado que su familiar era una paciente de alto riesgo, en vez de dejarla ingresada para ver como evolucionaba o se recuperaba, o hacerle alguna prueba TAC, incomprensiblemente se la dio

el alta el mismo día 20 de abril de 2021, obligándole a reingresar el día siguiente, ya que su situación era grave por un empeoramiento de su estado de salud. Refieren que se le hizo un TAC, pero no vieron o detectaron la perforación del colon y que, a pesar de que los dolores abdominales no remitían y eran rebeldes a la analgesia y las pruebas analíticas que se realizaron demostraban un incremento considerable de la infección, así como se acumulaba una ingente cantidad de líquido ascítico, y estaba oligoanúrica, los servicios médicos no repitieron cada día o al menos cada 48 horas, la prueba de TAC, ecografía o pruebas de imágenes que correspondían. Además, denuncian que no se ingresara a la paciente en la UVI.

Los reclamantes sostienen que la detección efectiva y precoz del diagnóstico correcto respecto de la lesión o dolencias de la paciente (por neumoperitoneo), es fundamental y relevante, para prestarle el tratamiento terapéutico o la asistencia sanitaria correcta, pero en este caso se dejaron transcurrir siete días hasta que se le vuelve a hacer un TAC, a fin de comprobar que el colon estaba perforado. Asimismo, inciden en que conociendo que, el día 27 de abril de 2021, dicho colon estaba perforado, con el agravamiento exponencial de la infección que desarrolló por días, no se realiza la intervención quirúrgica de forma inmediata, y se hace al día siguiente a las 13:40 horas, cuando dada la extrema urgencia de la situación exige que sea imprescindible acometer dicha intervención lo antes posible.

En definitiva, consideran que no solo es que se haya producido una evidente falta o pérdida de oportunidad en cuanto, no se repitieron la prueba TAC para que la paciente tuviera la posibilidad de darle el tratamiento correcto y fuera intervenida quirúrgicamente lo antes posible, sino que, además, existió una demora o retraso en el diagnóstico, lo que, en su opinión, supone una mala praxis médica y una

deficiente prestación del servicio sanitario público por los responsables del Hospital Universitario de Getafe.

En apoyo de sus pretensiones, los reclamantes aportan el informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Los interesados reclaman una indemnización, por aplicación del baremo establecido para los accidentes de tráfico de 209.399,99 euros, desglosados en 155.918,77 euros para el esposo de la fallecida y de 26.760,11 euros, a favor de cada una de las hijas.

El escrito de reclamación se acompaña con copia del libro de familia de los interesados; el certificado de defunción de su familiar y el citado informe pericial (folios 1 a 57 del expediente).

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

La familiar de los reclamantes, de 64 años de edad en la fecha de los hechos por los que reclama, contaba con antecedentes médicos, entre otros, de dislipemia; esteatosis hepática; hipertensión arterial y diabetes Mellitus. El 24 de marzo de 2021, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe, por mareo de tipo inestabilidad, encontrándose con más torpeza motriz y bradipsiquia y más decaída últimamente. Tras la exploración y pruebas complementarias, se derivó a la paciente a su médico de Atención Primaria para valoración de hormonas tiroideas y estudio de anemia normocítica normocrómica, así como posible síndrome depresivo.

La paciente volvió al Servicio de Urgencias el día siguiente, 25 de marzo, porque al regresar a casa, comenzó con comportamientos anormales y estaba desorientada. También refería, desde hace unos meses, trastorno del sueño y epigastralgia con sensación nauseosa, por

lo que su médico de Atención Primaria había pautado omeprazol. La paciente fue valorada por el Servicio de Neurología. Se emitió el juicio clínico de episodio agudo esta noche compatible con cuadro confusional, a tener en cuenta inicio de Flatoril recientemente; anemia sintomática con clínica de mareo ortostático en paciente con dolor abdominal con mejoría con protector y no se descarta componente depresivo asociado en relación con jubilación.

La familiar de los reclamantes ingresó a cargo de Medicina Interna para estudio de dolor abdominal, pérdida de peso y anemia no conocida. Durante el ingreso se realiza TC abdominal observándose signos de hepatopatía crónica con hipertensión portal. Trombosis segmentaria laminar de la rama izquierda de la porta. En la analítica presenta ferropenia. Se inicia hierro intravenoso.

El 31 de marzo de 2021, en el curso del ingreso en el hospital, se realiza colonoscopia, previa firma del documento de consentimiento informado. Se introduce colonoscopio hasta visualizar válvula ileocecal y orificio apendicular. La mucosa presenta un patrón vascular conservado. Se identifican las siguientes lesiones: en ciego, lesión de aspecto adenomatoso (NICE 2) de 15 mm tipo LST-G 0-IIa que, tras elevación con azul de metileno, adrenalina diluida 1:100000 y Voluven, se extirpa en un tiempo con asa de diatermia y se recupera en bote A y se coloca clip profiláctico; en transversal, pólipo sésil de 3 mm que se extirpa con asa fría (bote B); a 30 cm de margen anal, sobre pliegue, se identifica una lesión plana de aspecto adenomatoso de unos 30 mm, con una zona central que impresiona de deprimida y no granular (0-IIc?). En el momento de la inspección la paciente presenta importante depresión respiratoria, por lo que se decide tatuar la lesión (tatuaje enfrentado ligeramente distal en sentido anal) y se da por finalizada la exploración. El diagnóstico fue LST-G. mucosectomía y lesión de extensión lateral no extirpada tatuada. Como complicación, figura depresión respiratoria. En

el apartado de observaciones se consignó que, durante el procedimiento, la paciente presentó una apnea prolongada secundaria a obstrucción de la vía respiratoria con desaturación al 60% que remonta tras ventilación no invasiva y maniobras. Se decide gestionar cita para nueva colonoscopia con anestesista.

La paciente fue valorada el 5 de abril de 2021 por el Servicio de Anestesiología y Reanimación con las conclusiones, para anestesia general, de riesgo ASA II (enfermedad sistémica que no provoca alteración funcional).

El 7 de abril de 2021, se pautó el alta hospitalaria, con el tratamiento de antidiabéticos orales y atención por enfermera educadora en control de diabetes. Consulta con Endocrinología dentro de 3 meses. Control por médico de Atención Primaria. Pendiente de resultados de Anatomía Patológica de los dos pólipos extirpados. Acudirá a la cita de la PCR y de la colonoscopia con preparación previa y a consulta de Digestivo (Hepatología). Cita para colonoscopia el 20 de abril de 2021.

El citado día 20 de abril 2021 se realiza la colonoscopia en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe. Ese mismo día la paciente firma el documento de consentimiento informado (folios 219 y 220). En dicho documento figura en qué consiste el procedimiento y sus posibles riesgos, entre los que figuran, como frecuentes, la hemorragia y la perforación del colon, indicándose que aparecen con más frecuencia cuando se realizan técnicas de tratamiento como resección de pólipos.

En la descripción de la colonoscopia realizada consta que *“se avanza la óptica hasta 60 cm del margen anal. En retirada, a 40 cm del margen anal, sobre un pliegue, se observa un pólipo plano de unos 18 mm con un área excéntrica ligeramente deprimida (0- IIb+IIc). Se enfrenta con mucha dificultad. A pesar de ellos se logra sobreelevar en varios tiempos con dilución habitual de adrenalina al 1/100000 mezclada con*

gelafundina y azul de metileno logrando resecarlo por completo con el asa caliente salvo un pequeño resto que parece contener fibrosis subyacente y se reseca con la pinza fría. Se electro fulgura la escara con argón plasma con intención profiláctica. Solo se logra recuperar algunos fragmentos del pólipo”.

Consta como diagnóstico: pólipo de colon a 40 cm del margen anal extirpado y como complicaciones, ninguna. Se pautó el alta a domicilio.

El día 21 de abril de 2021, la paciente acude a Urgencias del Hospital Universitario de Getafe. Refiere intenso dolor abdominal que empeora con el decúbito tras realización de colonoscopia ayer con resección de un pólipo. Refiere haber realizado varias deposiciones sin productos patológicos. No vómitos ni náuseas. Afebril. Se realiza toma de constantes vitales y exploración física por aparatos. En el abdomen presenta: RHA + (ruidos hidroaéreos) de tonalidad normal. Abdomen con defensa generalizada, con dolor a la palpación superficial generalizada más acusado en hemiabdomen derecho, peritonismo.

Se extrae analítica con elevación de PCR (63,2 mg/L), con valores normales de leucocitos y función renal, normal. También, se realiza TAC abdominal con hallazgos de cambios morfológicos hepáticos de hepatopatía crónica con porta aumentada de calibre con trombosis portal que ha progresado respecto al previo del 29 de marzo de 2021 (trombo que ha progresado hasta el eje espleno portal). Recanalización de vena umbilical. Esplenomegalia con colaterales esplenoportales de gran calibre y vena renal izquierda de 26mm de calibre. Moderada cuantía de ascitis, no presente en estudio previo. Colelitiasis.

Se solicita valoración por el Servicio de Aparato Digestivo. Se pasa a la paciente a cama para realizar paracentesis diagnóstica, si bien, ante la escasez de líquido ascítico, no se realiza punción y extracción del mismo. Se inicia antibioterapia y se ajusta analgesia.

La esposa y madre de los reclamantes ingresa a cargo del Servicio de Aparato Digestivo.

El día 22 de abril, la paciente presenta dolor abdominal difuso. En el abdomen: RHA muy disminuidos, distendido doloroso a la palpación con sensibilidad de rebote, sin semiología de ascitis. En la analítica destaca elevación de PCR (125,9 mg/l) y procalcitonina (10,20 ng/ml), sin leucocitosis y con función renal normal. En ese momento el juicio clínico es de síndrome postpolipectomía (no perforación en TC abdomen); cirrosis hepática; hipertensión portal; trombosis portal en progresión y ascitis escasa. Tratamiento: incremento de Dx al 5% y se pauta anticoagulación con heparina de bajo peso molecular en 24-48 horas. Se solicita analítica.

Durante los siguientes días, la evolución clínica es favorable y la paciente presenta mejoría importante del dolor abdominal hasta ser intermitente y de grado leve-moderado, sin claros signos de irritación peritoneal a la exploración. Mantiene tránsito intestinal normal, realizando deposición, se encuentra afebril y conserva la diuresis. Estabilidad hemodinámica con leve tendencia a la hipotensión.

El 26 de abril, 00:43 horas, avisan por oliguria y marcada distensión abdominal, que le produce dolor. Refiere aumento progresivo del perímetro abdominal durante el fin de semana y empeoramiento del edema MMII que inicialmente solo presentaba en tobillos. Molestias abdominales en este contexto de forma difusa sin náuseas ni vómitos asociados, pero sí ortopnea. Asocia edema palpebral bilateral y facial que no tenía previamente. Tensión arterial más justa que días previos y oliguria en la tarde (250 ml). Se valoran constantes vitales. Se realiza exploración física por aparatos. En la exploración abdominal presenta abdomen distendido, depresible, molestias difusas a la palpación. No se palpan megalias ni signos de irritación peritoneal. RHA presentes normales. En miembros inferiores presenta edemas con fovea evidentes

hasta rodillas, pero también cara interna y posterior de muslos de forma bilateral y simétrica. Semiología sugerente de descompensación edemoascítica. Iniciado tratamiento con albúmina en bolos. Se añade furosemida intravenosa.

A las 01:45 horas, avisan por regular estado general. Aumento del perímetro abdominal, edema y oliguria. Refiere molestias abdominales en relación a ascitis a tensión. Tolerando líquidos adecuadamente. Se realiza exploración física, en el abdomen presenta: RHA escasos. Semiología de ascitis a tensión. Abdomen depresible, molesto a la palpación profunda, sin defensa ni peritonismo. Se realiza paracentesis evacuadora con reposición de albúmina. Se decide esperar respuesta a la dosis de albumina administrada y observar diuresis. Se ajusta analgesia. Se realiza estudio del líquido ascítico. Recuento celular: leucocitos 7534/ μ L (10-150). Se amplía cobertura antibiótica (piperacilina-tazobactam) y se pauta sobrecarga de albumina.

A las 09:10 horas, la paciente no refiere dolor abdominal. Se anota que el día anterior, presentó sensación de distensión abdominal que cedió con paracentesis. Se realiza exploración física, con abdomen globuloso con escasa ascitis. Blando y depresible, no doloroso. Se valoró analítica y constantes vitales. Se añade al tratamiento S0 9%, vitamina K, albúmina intravenosa.

A las 08:31 horas, del día 27 de abril, la paciente refiere mal estado general, por dolor abdominal difuso y sensación de disnea de pequeños esfuerzos. Ha hecho 2 deposiciones escasas y un vómito escaso. Se valora constantes vitales y se realiza exploración física. Presenta frecuencia respiratoria de 17 rpm, cierto tiraje abdominal. Icteria. En abdomen presenta: RHA escasos, timpánico en epigastrio, depresible, doloroso a la palpación difusa, ascitis importante sin oleada. Miembros inferiores, edemas bilaterales hasta raíz de miembros. Se valora analítica que presenta aumento de leucocitos (11537 / μ L). Se pauta sondaje

vesical. Dieta líquida. Se ajusta tratamiento a filtrado glomerular (FG). Se realiza paracentesis evacuadora y se solicita radiografía de abdomen urgente.

A las 12:24 horas, consta que en la bioquímica de la analítica presenta marcado deterioro de la función renal. En la radiografía de abdomen: sin signos de neumoperitoneo. Ascitis. Se habla con Radiología para solicitar TAC abdomen urgente sin contraste intravenoso. En Microbiología se aprecia crecimiento de Staphylococo coagulasa negativo. Dudoso contaminante. Se recomiendan sacar 2 hemocultivos (HC) y ampliar espectro. Se añade daptomicina. Se avisa a médico interno residente de guardia y a UCI.

El día 27 de abril, a las 14:43 horas, se obtiene el informe verbal de Radiología, con datos de perforación y neumoperitoneo. Pendiente de informe definitivo. Se avisa a Servicio de Cirugía General y Digestivo, y a UCI. Se añade metronidazol para cubrir anaerobios.

En el informe del TC de abdomen de 27 de abril de 2021 consta: neumoperitoneo. Dilatación de asas de yeyuno proximal con engrosamiento mural, hallazgo inespecífico. Neumoperitoneo localizado en meso e hipogastrio y pequeñas burbujas en parietocólico izquierdo. Dilatación y discreto engrosamiento mural de asas de yeyuno proximal, sin otros hallazgos asociados. Podría ser secundario a isquemia venosa por la trombosis de VMS que se apreciaba en exploración previa. Signos de hepatopatía crónica. Ascitis, esplenomegalia y colaterales portosistémicas, como signos de hipertensión portal. Lesión ovoidea de densidad grasa localizada en colon ascendente, de 17 x 7 mm, probable lipoma. Sonda vesical.

A las 18:41 horas, se decide ingreso en la UCI.

El 28 de abril de 2021, la paciente es intervenida por el Servicio de Cirugía General y Digestivo, con los siguientes hallazgos: “*varices*

abdominales subcutáneas. Alteración de la coagulación generalizada. Asas de ID normal con algún resto de fibrina. Abundante líquido ascítico (3 litros) claro con algún tinte más oscuro en partes declives. Sin pus ni signos de contaminación fecal. Peritonitis generalizada. En el colon izquierdo a la altura de la unión entre colon descendente con sigma (marcado con tinta china) presenta un aspecto inflamatorio con perforación subcentimétrica cubierta de fibrina. No hay salida de material fecal a la presión”.

Tras la intervención, la paciente ingresa en la UCI. Durante el ingreso presentó las siguientes complicaciones:

- Fallo hepático agudo sobre crónico con evolución clínica desfavorable por encefalopatía hepática grave, ictericia con ascenso de bilirrubina y coagulopatía grave. Durante el ingreso fue valorada por el Servicio de Aparato Digestivo que no indicó medidas adicionales y se contactó con el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón para consulta de trasplante hepático u otras medidas de soporte y tras estudiar el caso, se consideró que no cumplía indicaciones de trasplante hepático en alerta cero.

- Sepsis intraabdominal precipitante del cuadro. La respuesta inflamatoria sistémica fue florida al ingreso, pero en los últimos días ya sin fiebre y con reactantes de fase aguda en descenso bajo tratamiento antibiótico dirigido con daptomicina (*S. Haemolyticus* en líquido ascítico) además de cefotaxima y metronidazol empíricos. Como consecuencia desarrolló los siguientes fracasos orgánicos: fracaso hemodinámico; fracaso renal agudo anúrico, en situación de terapia renal sustitutiva durante su ingreso; insuficiencia respiratoria con necesidad de ventilación mecánica invasiva y mala tolerancia a nutrición enteral con distensión abdominal persistente pese a colostomía normofuncionante.

El día 5 de mayo de 2021 habiendo descartado la posibilidad de trasplante hepático en alerta cero y otras medidas de soporte hepático y ante la refractariedad del tratamiento médico, en sesión clínica del Servicio de Medicina Intensiva y de acuerdo con su familia, se decidió la adecuación del esfuerzo terapéutico con retirada del soporte vital.

Finalmente, la esposa y madre de los reclamantes falleció el 6 de mayo de 2021.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la esposa y madre de los reclamantes del Hospital Universitario de Getafe (folios 60 a 209 y 217 a 223).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe del Servicio de Aparato Digestivo del centro hospitalario, que, el 7 de julio de 2022, realizó un análisis de la asistencia sanitaria dispensada a la paciente según los datos de la historia clínica.

En el mencionado informe se concluye que la paciente poseía numerosa comorbilidad (diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia, hepatopatía crónica en estado cirrótico con hipertensión portal, trombopenia y episodio reciente de descompensación en forma de encefalopatía hepática) que la convertía en una paciente de riesgo alto para sufrir complicaciones en cualquier procedimiento médico; que la colonoscopia con polipectomía es la exploración indicada para la resección del pólipo con objeto de tipificar adecuadamente la histología del mismo y evitar que, en un futuro, pudiera malignizar convirtiéndose en un cáncer de colon; que la colonoscopia se realiza bajo todos los estándares de calidad, aceptando y firmando el correspondiente

documento de consentimiento informado donde consta, entre otra información, la posibilidad de que se produzcan complicaciones como una perforación; que el manejo tras sospecha inicial de un síndrome postpolipectomía, se realizó correctamente ya que se ingresó a la paciente en el hospital y se administró antibiótico de amplio espectro intravenoso tras descartar, con método de imagen adecuado, la presencia de una perforación de víscera hueca; que durante la hospitalización, se le vigila diariamente con un control evolutivo riguroso y cuando se detecta la perforación (perforación diferida), se contacta instantáneamente tanto con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como con el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo y se ingresa en la UCI de forma inmediata que tras valoración por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo se indica tratamiento quirúrgico y que pesar de haber puesto todos los medios a disposición de la paciente para la resolución de su grave cuadro clínico, la evolución resulta desfavorable y fallece unos días después.

El informe acaba lamentando el trágico desenlace final, pero considera que el proceso asistencial se ajusta a los protocolos actuales y a la correcta praxis médica.

Figura en el procedimiento el informe de 30 de agosto de 2023 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe ha sido adecuada.

Una vez instruido el procedimiento, el 26 de diciembre de 2023 se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. No consta que los interesados formularan alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 19 de abril de 2024, se ha formulado la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

CUARTO.- El 25 de abril de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 281/24. La ponencia correspondió a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de mayo de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que sufren el daño moral provocado por el fallecimiento de su familiar.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la atención médica denunciada se prestó por Hospital Universitario de Getafe, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, teniendo en cuenta que el fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes se produjo el día 6 de mayo de 2021, no cabe duda que la reclamación interpuesta el 19 de abril de 2022 ha sido formulada 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 ha emitido informe por el servicio implicado en la asistencia sanitaria reprochada en el Hospital Universitario de Getafe. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica de la paciente. Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia a los interesados, que no formularon alegaciones y, finalmente, se ha

redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad 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.

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.

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.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes reprochan que no se valoró suficientemente la necesidad de realizar a su familiar la segunda colonoscopia y que una vez que se decidió repetir, el 20 de abril de 2021, al encontrarse con dificultades en la extirpación del pólipo, se debió suspender o interrumpir, y realizar una biopsia. Además, critican el hecho de que se diera el alta hospitalaria el mismo día de la colonoscopia y que hubo retraso tanto en el diagnóstico de la perforación como en la realización de la cirugía, lo que entienden desembocó en el fatal desenlace, con una clara pérdida de oportunidad para su madre y esposa.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada

sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, los reclamantes han aportado al procedimiento un informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el que pretenden fundamentar los reproches de mala praxis anteriormente enunciados. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria ha considerado que la actuación sanitaria reprochada fue acorde a la *lex artis ad hoc*.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas*

afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de coincidir con el informe del servicio implicado en el proceso asistencial de la paciente y con el informe de la Inspección Sanitaria, no solo, en este último caso, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras], sino porque el informe pericial aportado por los reclamantes carece de la necesaria fuerza de convicción exigida por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en su Sentencia de 6 de octubre de 2016 (núm. de rec.: 258/2013), convicción que reside, en gran medida, en la fundamentación y coherencia interna de los informes, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.

Así, analizando cada uno de los reproches, cabe referirnos en primer lugar a la necesidad de realizar una segunda colonoscopia, que el informe pericial de parte indica que debió ser minuciosamente analizada dada la situación de riesgo de la paciente. Como hemos visto en los antecedentes, en la primera colonoscopia realizada el 31 de marzo de 2021, se hallaron tres pólipos, dos de los cuales pudieron ser extirpados,

pero en cuanto al tercero, se tuvo que suspender la prueba porque la paciente presentó una apnea prolongada secundaria a obstrucción de la vía respiratoria con desaturación al 60% que remontó tras ventilación no invasiva y maniobras. Por ello se programó una segunda colonoscopia para el 20 de abril de 2021. En relación con ello, el informe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Getafe realiza una explicación razonable al señalar que la colonoscopia es una técnica de diagnóstico y tratamiento de primera línea, utilizada para el manejo clínico de numerosas enfermedades digestivas, y que se realiza con seguridad y eficacia en multitud de pacientes con distintas comorbilidades, incluyendo la hepatopatía crónica avanzada. Subraya que es una técnica clave para el diagnóstico y prevención del cáncer de colon y que, desde hace muchos años, las guías de práctica clínica recomiendan la resección completa de cualquier pólipo de colon, para su correcta tipificación histológica. De este modo, se evita su potencial progresión hacia un cáncer de colon. En contra del criterio manifestado por el informe pericial de parte, indica que la toma de biopsias previas a la resección de un pólipo no es una práctica habitualmente recomendada, debido a que puede ser errónea en la caracterización histológica de las lesiones polipoideas y subestimar el grado de malignidad, por lo que lo indicado es su exéresis completa.

En cuanto a que la prueba debió ser interrumpida dada su dificultad, resulta desmentida por la historia clínica y lo corroboran los informes médicos que obran en el procedimiento de los que resulta que la prueba transcurrió sin incidencias. Se realizó según la técnica habitual y recomendada, de modo que fue bajo sedación, utilizando insuflación de CO₂. Se identifica el pólipo, que se sitúa a unos 40 cm del margen anal, cuyo enfrentamiento con el endoscopio resulta dificultado por la localización anatómica del mismo, si bien se sobreeleva con dilución habitual (adrenalina al 1/100.000 mezclada con gelafundina y azul de metileno) y se reseca con asa de diatermia en bloque quedando un mínimo resto marginal que se extirpa con la pinza fría. Finalmente, tal y

como se procede en otras ocasiones, se electrocoagula la escara con argón plasma con intención profiláctica, es decir, con la intención de evitar recurrencias sobre la cicatriz.

En cuanto al alta hospitalaria, el mismo día de la prueba, que es reprochado por los reclamantes, encuentra cumplida explicación en el informe del Servicio de Aparato Digestivo que destaca que el procedimiento transcurrió sin incidencias, como ya se ha referido. No se observaron tras la exéresis del pólipo, hallazgos endoscópicos sugerentes o sospechosos de perforación en la escara y tampoco sangrado intraprocedimiento. Finalizada la colonoscopia, siguiendo el protocolo habitual, la paciente fue trasladada a la sala de Despertares de la Unidad. En esta sala, la enfermera vigila a la paciente mientras se encuentra monitorizada en espera de que recobre el nivel de consciencia tras la sedación. Se controlan tensión arterial, ritmo cardíaco y saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioxímetro. Tras comprobar tolerancia oral mediante la ingesta de líquidos y comprobar, junto con el médico, la ausencia de datos de alarma (dolor abdominal, bajo nivel de consciencia, náuseas o vómitos, rectorragia...) se decide el alta y el médico responsable de la técnica realizada informa del procedimiento practicado y se entrega, por escrito, unas recomendaciones que debe seguir tras la polipectomía, así como los signos de alarma por los que se debe acudir a Urgencias.

Por lo que se refiere al retraso diagnóstico que se reprocha, los informes médicos que obran en el procedimiento, contrastados con la historia clínica examinada, destacan que cuando el día 21 de abril de 2021, la paciente acude a Urgencias por dolor abdominal, se realiza exploración física y pruebas complementarias, entre ellas, una tomografía computarizada abdominal urgente que no detecta signos de perforación de víscera hueca, objetivando datos de hepatopatía crónica con hipertensión portal, progresión de trombosis portal y ascitis. Tras

valoración en el Servicio de Urgencias se decide el ingreso en la planta a cargo del Servicio de Medicina Digestiva con los diagnósticos de “*ascitis, esteatosis hepática y trombosis portal*”. Se instaura desde ese momento tratamiento con dieta absoluta, sueroterapia intravenosa, analgésicos intravenosos y antibioterapia empírica de amplio espectro cubriendo flora bacteriana entérica. Al día siguiente, la paciente presenta una mejoría subjetiva, aquejando menos dolor, sin náuseas y con tránsito intestinal conservado. En la exploración física, se mantiene afebril, normotensa, con diuresis mantenida, aunque el abdomen presenta sensibilidad de rebote a la palpación. Analíticamente, destaca elevación de PCR (125,9 mg/l) y procalcitonina 10,20 ng/ml), sin leucocitosis y con función renal normal. Se alcanza el diagnóstico de síndrome postpolipectomía, que, según se explica, es secundario al daño térmico transmural ocasionado por la corriente eléctrica aplicada durante una polipectomía, resección endoscópica, o tras el uso de argón plasma y cuya incidencia oscila entre el 0,4% y el 7,6% y suele ocurrir entre 12 horas y 5 días tras el procedimiento. Habitualmente requiere ingreso hospitalario y presenta buen pronóstico con tratamiento exclusivamente médico (conservador) basado en ayuno, antibioterapia intravenosa y analgesia, tal y como se hizo en este caso.

En contra de lo manifestado en el informe pericial de parte, la historia clínica muestra, y así lo recoge el informe del Servicio de Aparato Digestivo, que, durante los primeros días de ingreso, reflejado tanto en los evolutivos médicos como de Enfermería, la evolución clínica es favorable y la paciente presenta mejoría importante del dolor abdominal, sin claros signos de irritación peritoneal a la exploración. Mantiene tránsito intestinal normal, realizando deposición, se encuentra afebril y conserva la diuresis. Estabilidad hemodinámica con leve tendencia a la hipotensión, como es habitual en los pacientes cirróticos con hipertensión portal clínicamente significativa. Al no existir ningún dato de sangrado, se añade al tratamiento pautado anticoagulación profiláctica con heparina de bajo peso molecular. Posteriormente, de

forma progresiva, como ocurre en muchos de los pacientes con cirrosis y disfunción hepática grave previa, empeora su descompensación hidrópica y desarrolla ascitis a tensión e insuficiencia renal (Cr 1,48 mg/dl). El dolor abdominal continúa siendo intermitente, leve-moderado. En este contexto clínico, se realiza paracentesis diagnóstica urgente, se amplía la cobertura antibiótica y se añade carga de albúmina intravenosa. Es en el 6° día de ingreso, cuando la paciente presenta un marcado empeoramiento clínico por lo que se realiza valoración médica en 3 ocasiones distintas durante esa mañana. La paciente presenta aumento progresivo del dolor abdominal, deterioro del estado general y oliguria. En la analítica presenta aumento de leucocitos no presente en las analíticas anteriores, agravamiento de la función renal y coagulopatía. En vista de estos hallazgos, se solicita una radiografía simple de abdomen urgente por sospecha de perforación diferida, donde no se aprecia neumoperitoneo. A pesar de este resultado, se insiste en dicha sospecha clínica y se contacta con el Servicio de Radiodiagnóstico para ampliar el estudio mediante TC abdominal urgente que detecta neumoperitoneo (no presente en estudios de imagen previos). Paralelamente, se contacta con el Servicio de Microbiología para solicitar información preliminar a cerca del estudio microbiológico del líquido ascítico obtenido en la primera paracentesis, que informa del aislamiento de un *Staphylococcus haemolyticus* (como dudoso contaminante), por lo que se añade Daptomicina intravenosa al tratamiento antibiótico.

Por tanto, según resulta del informe del Servicio de Aparato Digestivo, cuyo criterio es corroborado por la Inspección Sanitaria, se acredita que a lo largo de las diferentes valoraciones se siguieron las actuaciones adecuadas en función de la sintomatología que la paciente refería, los hallazgos evidenciados en las exploraciones clínicas y realizando las valoraciones complementarias por servicios especializados que la reclamante precisó en cada caso.

En este sentido, no resulta ocioso recordar que, como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destaca la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”*.

Pronunciamiento que debe completarse con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid,

(procedimiento 797/2021), al referirse a la denominada prohibición de regreso, indicando al respecto que *«es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de Julio de 2017 (Rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal.*

Así dice la mencionada sentencia que (...) la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».

Por último, en cuanto al retraso en la cirugía, resulta desmentido por la historia clínica, pues alcanzándose el diagnóstico la tarde-noche del 27 de abril de 2021, se realiza interconsulta urgente al Servicio de Cirugía General y Digestiva, cuyos médicos realizan una valoración temprana de la paciente y cuya decisión inicial es la optimización del manejo médico. Además, se contacta también con el Servicio de Medicina Intensiva que, tras exposición del caso y su valoración, considera

indicado su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de sepsis intraabdominal en paciente con fallo hepático agudo sobre hepatopatía crónica grave y, tras la preparación y pruebas oportunas, la paciente entra en quirófano a las 13:45 horas del 28 de abril.

En definitiva, por lo que resulta de los informes médicos incorporados al procedimiento contrastados con la historia clínica examinada, resulta que la prueba diagnóstica estaba indicada en el caso de la familiar de los reclamantes para la resección del pólipo; que la prueba realizada el 20 de abril de 2021 se realizó sin incidencias, no obstante la paciente sufrió una de las complicaciones posibles de este tipo de pruebas terapéuticas aunque no medie mala praxis, como es el caso, la perforación, que como tal figuraba en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente; que la enferma fue diagnosticada de manera correcta en función de los síntomas que presentaba en cada momento y los hallazgos evidenciados en las exploraciones clínicas y que se pusieron a su alcance los medios y tratamientos exigidos según los protocolos médicos, si bien, desgraciadamente no se pudo evitar el fatal desenlace.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reprochada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 23 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 281/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid