

Expediente Núm. 135/2006
Dictamen Núm. 167/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General accidental:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de julio de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 24 de mayo de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, don, doña y doña, como consecuencia de la defectuosa asistencia médica prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de junio de 2005, don, en nombre y representación de doña, don, doña y doña presenta, en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios como consecuencia de la asistencia médica recibida por el marido y padre de los reclamantes en el Hospital, de

Inicia su escrito relatando que “el esposo y padre de mis representados

(...), fue diagnosticado, con fecha 22 de enero de 2004 (...), después de practicarle la correspondiente colonoscopia, de la existencia de un pólipo de gran tamaño en la unión rectosigmoidea (unos 5-6 cm)". El día 10 de febrero de 2005 ingresó en el Servicio de Cirugía General del Hospital, de, bajo el diagnóstico de adenocarcinoma de unión rectosigmoidea. Después de la realización de las oportunas pruebas, con resultados normales "se procede a realizar una primera operación quirúrgica el día 12 de febrero de 2004, con resección anterior de recto con descenso de ángulo esplénico y anastomosis EEA28, quedando la anastomosis palpable al tacto rectal./ El diagnóstico de anatomía patológica es de adenocarcinoma bien diferenciado de intestino grueso que infiltra submucosa y capas musculares (Estadio A de Dukes). Bordes quirúrgicos libres. Linfadenitis reactiva inespecífica".

Con respecto a esta primera intervención, se precisa en la reclamación que "de acuerdo con el (...) peritaje solicitado al doctor (...), catedrático y especialista de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de (...), este tratamiento quirúrgico en base a la resección anterior del recto es el indicado, y el diagnóstico de anatomía patológica en los términos recogidos, indica que según lo anteriormente referenciado la supervivencia del paciente pasados cinco años habría sido próxima al 100%".

Pocos días después de practicada la intervención, continúa diciendo, "el paciente acusa un rápido empeoramiento en toda la función digestiva, hasta el punto de que se decide suspenderle todo tipo de alimentación oral, realizándose la implantación de catéteres para comenzar a recibir alimentación parenteral".

Con respecto a esta circunstancia, se refiere de nuevo al informe pericial emitido por el doctor, que señala que "desde el día 17 de febrero constan, según las hojas de enfermería de la historia clínica, la existencia de deposiciones líquidas con sangre, complementadas por deposiciones de contenido hemático y olor fétido el día 18 de febrero, complementado con una comprobación de abdomen distendido el mismo día, según las hojas de curso clínico, así como una leucocitosis importante, a partir del citado día 18 de febrero. El 19 de febrero, según las hojas de curso clínico, se detecta un

contenido fecaloideo por drenajes, al mismo tiempo que el informe radiológico del mismo día 19 de febrero detecta la aparición de un neumoperitoneo indicativo de salida de aire del tubo digestivo. Las hojas de enfermería y las hojas de curso clínico correspondientes al día 20 de febrero constatan la persistencia de un drenaje fecaloideo oscuro, situación confirmada por el informe radiológico del día 21 de febrero en el que se aprecia una dilatación de asas de intestino delgado con algunos niveles hidroaéreos que sugieren suboclusión, lo que en palabras del perito hacía pensar en la existencia de un escape por una dehiscencia de sutura, y la posibilidad de una peritonitis, como fue confirmado por los hallazgos de la segunda intervención”.

Pese a lo expuesto, continúa, “no es hasta el día 25 de febrero cuando se le interviene nuevamente y por segunda vez, encontrándose en tal momento con la existencia de una peritonitis plástica y dehiscencia de la anastomosis, realizándose una resección intestinal de yeyuno-íleon, colostomía sigmoidea terminal en f. 1.1. Sin cierre del muñón rectal./ El estudio de anatomía patológica dice: segmento de intestino delgado de 21 cm. de longitud que presenta en la serosa placas de aspecto fibrino-hemorrágico, y en cortes seriados se observa una mucosa conservada y algunas zonas de la pared con hemorragia y algunos focos de aspecto necrótico. Inflamación aguda abscesificada de serosa peritoneal, capas musculares y serosa”.

Entiende que “resulta evidente de tal descripción quirúrgica que con independencia de la colostomía sigmoidea-terminal realizada se procede a una resección de intestino delgado en una situación infecciosa clara, y en contra de lo dispuesto en los protocolos quirúrgicos al respecto, tal y como hace constar en el mencionado informe el doctor”.

En el postoperatorio de esta segunda intervención se desarrolla un proceso de sepsis abdominal con fístula de intestino delgado y fallos renal y respiratorio, siendo reintervenido. Posteriormente, con fecha 8 de marzo de 2004, ingresa en la U.C.I. del Hospital En el informe del Servicio de U.C.I. “se señala ya que con fecha no determinada en el informe pero que debe situarse entre el 27 de febrero y el uno de marzo, aparece una fístula intestinal de alto débito que no se controló con somatostatina, con aparición el

día uno de marzo de 2004, de *Serratia marcescens* multisensible y desde entonces anemización, deterioro de función renal (caída de diuresis, incremento urea y createnina, hiperpotasemia y acidosis), y respiratoria (en placa aparecen condensaciones bilaterales)”.

Esto confirma, a juicio del letrado, que “cuando el paciente ingresa en la U.C.I. en la misma se detecta y confirma, no sólo la insuficiencia respiratoria aguda mencionada como causa directa del ingreso en la misma, sino una situación de anemización y deterioro de la función renal, y sin que en los días anteriores al ingreso llevado a cabo el ocho de marzo, pese al agravamiento progresivo y constante de su situación se hubiera tomado medida alguna al respecto”.

El día 9 de marzo de 2004 se efectúa una tercera intervención en la que se realiza “una laparotomía encontrando numerosas adherencias, no colecciones. Intestino fistulizado a pared en zona de yeyuno-íleon, con zonas muy fibrosas obstruidas y necróticas, realizándose recesión intestinal amplia y exclusión intestinal mediante enterostomía a nivel de yeyuno, en hipocondrio izquierdo, y cerrando íleon terminal a unos 20 cm. de válvula ileocecal, calculándose una distancia aproximada entre el ángulo de Treitz y la enterostomía exteriorizada de unos 100 cm./ El estudio de anatomía patológica dice: Se reciben tres segmentos de intestino delgado que mide entre 16 y 37 cm., presentan abundantes zonas de aspecto fibrinoso en la serosa y en la grasa perintestinal del meso con focos hemorrágicos y áreas parcialmente necróticas. A la apertura no se objetivan zonas de la mucosa alterada, sin embargo se observan zonas de aspecto necrótico o abscesificado en la grasa inmediata. Diagnóstico anatomopatológico: segmentos de intestino delgado: hemorragia parietal, necrosis del meso e inflamación aguda focal compatible con fístula”.

En el mismo día, ante las complicaciones presentadas por el paciente en el postoperatorio fue intervenido de nuevo practicándole “nueva laparotomía, encontrándose sangre abundante en cavidad con coágulos y vaso sangrante arterial en línea de sección del mesenterio con otra zona de hemorragia venosa a nivel del psoas y vasos iliacos izquierdo. Se realiza

hemostasia./ (...) El paciente tuvo un postoperatorio prolongado en U.V.I. con mejoría progresiva del patrón radiológico pulmonar. Fracaso renal oligúrico que precisó técnicas continuas de reemplazo renal. Hiperbilirrubinemia, sobre todo a expensas de la directa inicialmente etiquetada como de origen multifactorial, con evidencia en tac, de múltiples áreas de infartos isquémicos, hepáticos y vía biliar no dilatada. Trastornos hematológicos después de múltiples transfusiones, y tendencia a coagulopatía con tasa baja. Sepsis de herida abdominal y drenajes abdominales positivos para Gram negativos, anaerobios y acinetobacter”.

El día 17 de marzo de 2004 se procede a realizar otra laparotomía, “dado que existía una colección abdominal de imposible drenaje percutáneo por la proximidad de la enterostomía y el yeyuno proximal y por persistencia de sangrado intraabdominal manifestado por los drenajes (...), encontrando gran necrosis en pared abdominal, coágulos en pelvis, sin focos de sangrado. Se revisa el área retroperitoneal izquierda con evidencia de buena hemostasia. Hematoma infectado en proximidad de asa de enterostomía H.I. que se vacía, lava y drena./ Se evidencia dehiscencia por necrosis de la zona de cierre del íleon terminal, sin intentar reconstrucción del muñón distal, y cerrándose la pared con malla de goretex”.

El paciente es dado de alta en el citado Servicio de U.C.I. con fecha 16 de abril de 2004. El 21 de abril de 2004, al presentar un falso aneurisma femoral derecho, “se vuelve a intervenir (...) por el departamento de Cirugía Vasculuar, realizándose cierre de orificios en arteria femoral superficial, y en vena femoral superficial./ El paciente había sido mantenido con nutrición parenteral y enteral retirándose la sonda de nutrición enteral el día 14 de junio de 2004, habiéndosele implantado un reservorio venoso para nutrición parenteral domiciliaria”. El enfermo es dado de alta en el Hospital de, de, el día 17 de junio de 2004.

Con la finalidad de intentar la reconstrucción del tránsito, sigue diciendo, “ingresa el día 6 de julio de 2004, en la Clínica de, para ser valorado por el profesor doctor, exponiéndosele al paciente y familiares las posibilidades de realizar la reparación intestinal, indicándoles que es

absolutamente preciso, dada la vida que en ese momento mantiene el enfermo, aceptando la intervención, que se lleva a efecto en la clínica y por el doctor citados, el día 10 de julio de 2004./ En el informe clínico producido por el doctor con motivo de la intervención quirúrgica el 10 de julio se señala la existencia de `intensas adherencias viscerales, especialmente fibrosas, difíciles de seccionar, lo cual obliga a especial cuidado durante la movilización de yeyuno proximal, íleon terminal, colon ascendente y descendente. Intensa fibrosis y reacción inflamatoria, a nivel de pelvis mayor y menor... Movilización de íleon terminal de ciego y unión ileocecal. Movilización de yeyuno proximal hasta yeyunostoma. El segmento yeyunal medido desde el ángulo de Treitz es de 32 cm. (es necesario señalar en este punto que el informe emitido por el Hospital de indicaba que este segmento yeyunal tenía aproximadamente 100 cm)'. (...) Este informe clínico citado se complementa con el emitido por don (...), y que establece un diagnóstico de peritonitis y apendicopatía obstructiva crónica”.

Del contenido de estos dos informes, sigue diciendo, “se desprende claramente, en primer lugar, que las sucesivas altas del paciente, tanto en el Hospital de de, como en el Hospital de, se producían con una situación de peritonitis más o menos larvada que se hace evidente en el momento de practicar la operación el día 10 de julio de 2004, y en segundo lugar que la descripción de la situación postoperatoria del paciente realizada por el Servicio de Cirugía General del Hospital de en el que se hacía mención de la existencia de un segmento yeyunal medido desde el ángulo de Treitz de aproximadamente 100 cm, no se correspondía en absoluto con la realidad ya que dicho segmento era de 32 cm, lo que obviamente suponía una grave dificultad añadida para el intento de reconstrucción del tránsito pretendida, y absolutamente precisa, dada la vida a la que quedaba reducido el paciente”.

Al surgir complicaciones, el paciente es reintervenido el día 12 de julio de 2004, hasta que después de diferentes situaciones clínicas se produce una evolución hacia un fallo multiorgánico irreparable, falleciendo el día 13 de septiembre de 2004, en la Clínica, de, donde permanecía ingresado

desde el día 6 de julio de dicho año.

Por todo lo expuesto entiende que el paciente que “ingresó el día 10 de febrero de 2004, para recibir un tratamiento quirúrgico por existencia de adenocarcinoma de unión recto sigmoidea en estadio A de Dukes, lo que debería, en circunstancias normales haber supuesto prácticamente un 100% de posibilidades de supervivencia a los cinco años, es dado de alta el día 17 de junio de 2004 (...) en las siguientes condiciones:

- Extirpación prácticamente íntegra del intestino delgado (yeyuno e íleon), como resultado de la peritonitis declarada (informe clínico del Servicio de Cirugía General del Hospital de

- Peritonitis, al menos, en situación latente (informe de los doctores y

- Absoluta situación de debilitamiento general, que provoca diversas deficiencias funcionales de máxima gravedad (insuficiencia respiratoria aguda, deterioro de la función renal, anemia derivada de shock hemorrágico y posteriores sangrados, etc)”.
.....

Considera, por tanto, que claramente concurren en el caso los tres elementos exigidos por la ley y por la jurisprudencia para dar lugar a la responsabilidad patrimonial de la Administración. No le cabe duda acerca de la existencia del daño, ya descrito; tampoco la imputabilidad del mismo al “funcionamiento anormal de la Administración sanitaria, tal y como se desprende del contenido del informe pericial del doctor, que (...) ya señala (que) debió de haberse reintervenido antes de que se practicara la segunda intervención quirúrgica el día 25 de febrero de 2004, ante la situación observada y que consta en las hojas de curso clínico, las hojas de enfermería, las analíticas, informes radiológicos de los días 19 y 21 de febrero de 2004, en base a las consideraciones que en dicho informe se establecen, y que producen como resultado que cuando el día 25 de febrero de 2004 se practica la segunda intervención quirúrgica, se encuentre una peritonitis plástica y deshiciencia de la anastomosis, realizándose una resección intestinal de yeyuno-íleon, colostomía sigmoidea terminal en F.1.1., sin cierre del muñón rectal, con el estudio de anatomía patológica que se acompaña en el informe del Hospital de/ Así

mismo (...), no resultaba aconsejable, ni utilizable en modo alguno la realización de suturas en el intestino mientras se mantuviera el shock séptico de origen abdominal, como se realiza en las intervenciones de los días 25 de febrero y 9 de marzo, resultando, así mismo, inexplicable la tardanza producida en el traslado del paciente a los Servicios de la U.C.I. del Hospital de (éste no se produce hasta el día 8 de marzo de 2004) pese a la gravísima situación del paciente que obliga a su intervención urgente al día siguiente 9 de marzo de 2004./ Obviamente, estas negligencias y omisiones, por parte de los correspondientes Servicios de Cirugía General del Hospital de, motiva no sólo la posterior sucesión, de otras tres intervenciones quirúrgicas, sino el debilitamiento por efecto de la asepsis abdominal producida de todo el organismo del paciente, con fallos renales y respiratorios reconocidos./ Hasta tal punto esto es así que el informe del doctor establece de forma clara y contundente en sus conclusiones finales: 'que existe relación directa de la muerte de don con la atención sanitaria dada por el Hospital de de, y la Clínica, de Madrid, durante su estancia al efectuarle tratamiento quirúrgico de su patología intestinal'".

Considera, también, que resulta evidente "la relación de causalidad entre la negligencia y la omisión de las medidas de prevención, y la aparición de los problemas físicos, que provocaron, en primer lugar, los gravísimos daños orgánicos, que se recogen en los sucesivos informes aportados, durante su estancia en el Hospital de, y que terminaron en el fallecimiento" del paciente.

Por último, solicita para sus representados una indemnización por importe de trescientos cuarenta y un mil novecientos noventa y dos euros con cincuenta céntimos (341.992,50 €), que desglosa de la siguiente manera:

"Por la ilectomía prácticamente total y la yeyunectomía prácticamente total (según el informe del Hospital de únicamente se respetan veinte centímetros del íleon terminal y unos cien centímetros entre el ángulo de Treitz y la enterostomía exteriorizada de unos cien centímetros, medidas que en el posterior informe del doctor se reducen en la realidad a treinta y dos centímetros): 154.828,80 euros.

Factor de corrección del 40% por perjuicios económicos, al ser los ingresos de 49.099,98 euros en el último año: 61.932 euros.

Factor de corrección por daños morales complementarios: 50.000 euros.

Factor de corrección por incapacidad permanente absoluta: 75.231,70 euros”.

Acompaña su reclamación de los siguientes documentos: copia de escritura de poder otorgada por doña a favor del letrado que actúa en su representación; copia de escritura de poder otorgada por don y doña a favor del letrado que actúa en su representación; informe médico, fechado el 22 de enero de 2004, relativo a colonoscopia practicada al perjudicado; informe del Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital de, de, fechado el 16 de junio de 2004, relativo a actuaciones realizadas al perjudicado desde su ingreso, el 10 de febrero de 2004, hasta la fecha de alta, el 17 de junio de 2004; informe de fecha 19 de mayo de 2005, emitido a petición de los reclamantes por doctor, catedrático y especialista de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de; informe del Jefe de Servicio U.C.I. del Hospital de, de, fechado el 16 de abril de 2004, relativo a actuaciones realizadas al perjudicado desde su ingreso en el Servicio, el 8 de marzo de 2004, hasta la fecha de alta, el 16 de abril de 2004; escrito del representante de los reclamantes de 17 de noviembre de 2004, reclamando la historia clínica del fallecido; informe médico de fecha 13 de julio de 2004, emitido por don, catedrático de Anatomía Patológica, diagnosticando peritonitis y apendicopatía obstructiva crónica, e informe médico de fecha 5 de agosto de 2004, emitido por don, catedrático de Cirugía, relativo a las siguientes actuaciones realizadas sobre el perjudicado: videocolonoscopia (11 de junio de 2004) e intervenciones quirúrgicas (10 y 12 de julio de 2004).

2. Se adjunta a la reclamación, tal como se ha indicado, un informe de fecha 19 de mayo de 2005, emitido a petición de los reclamantes por un catedrático y especialista de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de, En el mismo, después de un exhaustivo examen del

proceso médico seguido desde el ingreso del perjudicado en el Hospital de hasta su fallecimiento en una clínica privada, se comienza por poner de manifiesto el tratamiento seguido, "tratamiento quirúrgico en base a resección anterior de recto, como está indicado y el diagnóstico de anatomía patológica, es de adenocarcinoma bien diferenciado de intestino grueso que infiltra submucosa y capas musculares (Estadio A de Dukes). Bordes quirúrgicos libres. Linfadenitis reactiva inespecífica (3), por lo que según lo anteriormente indicado su supervivencia pasados cinco años, sin las complicaciones que aparecieron posteriormente hubiera sido próxima al 100%".

A continuación, se analizan en el informe la cicatrización de las heridas y los factores que pueden influir para que se produzcan dehiscencias de suturas, señalando que "los factores que influyen en la curación de la herida intestinal son de dos tipos: (...) Generales: Edad por encima de 60 años, importante malnutrición proteica, defectos vitamínicos y de oligoelementos, ictericia, uremia, administración de dosis altas de corticoesteroides", y "Locales: Oxigenación, las radiaciones ionizantes, la contaminación bacteriana o la presencia de un foco séptico a nivel de una sutura provoca un aumento de la colagenolisis, así, una adecuada preparación preoperatorio del intestino grueso, evita una masiva contaminación durante el acto operatorio y favorece la curación de las anastomosis. La distensión precoz de las anastomosis favorece su disrupción. La colocación de drenajes potencia la infección y provoca una respuesta inflamatoria en la línea de sutura".

Indica, asimismo, aquellos "factores controlables que afectan a la curación de las heridas:/ Factores que disminuyen la síntesis de colágeno:/ desnutrición proteica, esteroides, infección, lesiones asociadas, hipoxia e hipovolemia, radiación, uremia, diabetes, fármacos antimitóticos, edad avanzada./ Operatorios:/ lesión de tejidos, pobre aporte sanguíneo del foco, aposición sobre tejidos circundantes (espacios muertos no cerrados, anastomosis pélvicas, etc)./ Factores que aumentan la colagenolisis:/ desnutrición, politraumatismo, inflamación, infección, esteroides".

Con respecto al lapso de tiempo entre la primera y segunda intervención a las que fue sometido el perjudicado, dice "que se tuvo que pensar en

reintervenir antes de que se practicara la segunda intervención quirúrgica (25-2-2004) ante la situación observada y que constan en: las hojas de curso clínico (abdomen distendido, día 18-2, contenido fecaloideo por drenajes, 19-2, drenaje fecaloideo oscuro, 20-2, fístula, discreta distensión, 21-2, confirmado RX de abdomen, siguiendo el resto de los días en la misma línea hasta intervención);/ enfermería (deposición líquida con sangre día 17-2, existencia de contenido hemático y olor fétido, día 18-2, fecaloideo por los drenajes día 20-2);/ analíticas (leucocitosis importante a partir del día 18-2 con neutrofilia);/ informe radiológico del día 19-2-2004 (la aparición de un neumoperitoneo, indicativo de salida de aire del tubo digestivo),/ (e) informe radiológico del día 21-2-2004 (dilatación de asas de intestino delgado, con algunos niveles hidroaéreos que sugieren suboclusión), todo ello hacía pensar en la existencia de un escape (por una dehiscencia de sutura) y la posibilidad de una peritonitis, como fue confirmada por los hallazgos de la segunda intervención”.

Prosigue afirmando que “posteriormente influyeron toda una serie de factores que hemos descrito en el apartado anterior para que la cicatrización de las anastomosis fuera correcta y conllevó a la aparición de fístulas, hemorragias, etc.”

A la vista de la analítica previa a la intervención de 10 de julio de 2004, entiende que el conjunto de datos es “indicativo de una anemia muy importante y ligera afectación funcional hepática”, por lo que concluye diciendo que “creemos que posiblemente se precipitaron en la realización de la intervención efectuada el día 10 de julio de 2004, ya que las condiciones no eran las más idóneas y posiblemente hubiera sido más eficaz efectuar la intervención cuando se hubiera recuperado su estado general, ya que como hemos comentado en la segunda consideración había varios factores que hacían que la cicatrización de las heridas y de las suturas quirúrgicas efectuadas no cicatrizaran adecuadamente”.

Continúa relatando el curso de la enfermedad del perjudicado hasta el momento de su fallecimiento, con respecto al cual dice que “a finales de agosto entra en un estado de semicomato por lo que se le ingresa en la UVI, aparece una insuficiencia renal y a partir del día 1 de septiembre se comienza con

diálisis periódica, el paciente sigue sangrando aumentando las pérdidas y sufriendo por ello alteraciones del ritmo cardiaco con taquicardia supra y ventriculares, y apareciendo una infección (se aísla una pseudomona, en aspiración bronquial, orina y herida quirúrgica) posiblemente de origen hospitalaria, evolucionando hacia un fallo multiorgánico, irreparable, falleciendo el día 13 de septiembre de 2004”.

Por todo ello, concluye diciendo “que existe relación directa de la muerte (del perjudicado), con la atención sanitaria dada por el Hospital de `.....´ de, y la Clínica de Madrid durante su estancia al efectuarle tratamiento quirúrgico de su patología intestinal”.

3. Mediante escrito de 16 de junio de 2005, notificado el día 24 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al representante de los interesados la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará, informándole expresamente que será tramitado en dicho Servicio.

El día 17 del mismo mes, comunica al Inspector de Prestaciones Sanitarias que ha sido designado para elaborar el informe técnico de evaluación del expediente abierto por la reclamación.

4. Mediante escrito de 23 de junio de 2005 el Gerente del Hospital de, de, en aplicación del procedimiento establecido en el protocolo de instrucción y tramitación de expedientes de responsabilidad patrimonial, remite la siguiente documentación en relación con la presente reclamación: copia de la reclamación formulada; copia de los escritos enviados al Jefe del Servicio de Cirugía General y al Jefe del Servicio de U.V.I.; tres ejemplares del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria; copia del escrito enviado a la compañía de seguros; copia de la documentación obrante en el Servicio de Atención al Paciente del centro, y copia íntegra de la historia clínica obrante en el hospital.

5. Con fechas 28 de junio de 2005 y 4 de julio del mismo año, respectivamente,

se incorporan al expediente informes de los Jefes de los Servicios de U.C.I y de Cirugía General del Hospital de, de

En su informe el Jefe del Servicio de U.C.I. indica los periodos en los que el perjudicado recibió asistencia en el Servicio, concluyendo que "por las características de este servicio: prestar soportes vitales a los pacientes críticos, mientras se toman medidas terapéuticas definitivas que en este caso eran de índole quirúrgica, creemos que una vez superados los problemas, nuestra responsabilidad en la evolución posterior del paciente no existe".

Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía General se ratifica en el informe de alta, fechado el 16 de junio de 2004, que consta incorporado en la historia clínica.

6. Con fecha 21 de julio de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso, analiza la actuación de la Administración sanitaria, manifestando que "los reclamantes imputan los daños sufridos por el paciente al funcionamiento anormal de la Administración sanitaria, tal y como se desprende del contenido del informe pericial aportado y en el que básicamente se señala (que) debió de haberse reintervenido antes de que se practicara la segunda intervención quirúrgica el día 25 de Febrero de 2004, ante la situación observada y que consta en las hojas de curso clínico, las hojas de enfermería, las analíticas, informes radiológicos de los días 19 y 21 de Febrero de 2004. Del análisis de esa misma documentación puede extraerse la conclusión de que efectuada la primera intervención el 12 de febrero de 2004 mediante la técnica indicada el paciente tuvo un postoperatorio inicialmente normal desarrollando, a partir del sexto día, una fístula de la anastomosis de bajo débito y con tránsito mantenido que evolucionó sin signos de sepsis, afebril, diuresis mantenidas, tensiones arteriales normales y analíticas normales salvo una discreta desviación izquierda y leucocitosis el día 19 de febrero que desapareció con tratamiento antibiótico intenso y alimentación parenteral. Los días 13 y 18 de febrero tenía 9.400 y 9.830 leucocitos que se elevaron a 16.460 el día 2 volviendo a situarse el día 21 en 10.400. Esta situación clínica en su

conjunto descartaba la existencia de una peritonitis hasta el 25 de febrero de 2004, fecha en la (que) radiológicamente se pone de manifiesto un posible cuadro suboclusivo. Ante la aparición de un cuadro peritonítico se realizó la segunda intervención el mismo día 25-2-04 y se hizo una laparotomía encontrando peritonitis plástica y dehiscencia de la anastomosis realizándose resección intestinal de yeyuno-íleon, colostomía sigmoidea terminal. A partir de este momento las sucesivas reintervenciones fueron debidas a la tórpida evolución del gravísimo cuadro de patología abdominal que sufría el enfermo”.

Considera que “es correcta y habitual la conducta expectante seguida ante la aparición de fistulizaciones de las anastomosis esperando su resolución espontánea, aplicando mientras tanto cobertura antibiótica intensa y alimentación parenteral, siempre que, como en este caso, no se manifieste un cuadro de sepsis. Por otra parte, es preciso señalar que se trata de un riesgo típico descrito en el consentimiento informado que firmó el paciente el día 26 de enero de 2004 y en el que expresa y concretamente consta que uno de los riesgos de la intervención a la que se iba a someter es la aparición de una `fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal, obstrucción intestinal”.

Por todo ello, concluye que la actuación médica en el presente caso ha de considerarse conforme a la lex artis, por lo que propone la desestimación de la reclamación presentada.

7. Con fecha 26 de julio de 2005, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

8. El día 29 de septiembre de 2005 se emite informe médico, realizado colegiadamente por cuatro doctores especialistas en distintas ramas de la Cirugía, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora. En el mismo, después de relatar los

antecedentes del caso, que en nada difieren de los relatados en el informe técnico de evaluación, y de realizar amplias consideraciones médicas sobre diversos aspectos técnicos concurrentes, se afirma “no podemos estar de acuerdo con el informe pericial del Dr. en el que trata de achacar todas las complicaciones y el exitus del paciente en esta intervención (la última de las practicadas en la Clínica) a los resultados de la primera. Se producen en situaciones diferentes y en intervenciones diferentes./ Resulta sin embargo evidente que si el paciente no hubiera sido intervenido en la primera ocasión no hubiera sido necesario intervenirle de las secuelas de ésta. Pero hay que reconocer que se produjeron complicaciones después de una y otra cirugía, siendo todas ellas inherentes al procedimiento practicado en cada ocasión./ En la primera fístula se procede a realizar un tratamiento conservador y posteriormente tiene complicaciones de las que el enfermo tras un postoperatorio tormentoso, sale a planta y en la intervención realizada en una clínica de Madrid, es intervenido precozmente, con complicaciones posteriores fallece”.

Concluyen diciendo que:

- “1. El paciente fue correctamente diagnosticado y enviado a cirugía en el Hospital de
2. Los preoperatorios eran correctos y no contraindicaban la cirugía.
3. Firmó los documentos de CI para anestesia y cirugía, este último específico para la técnica que se iba a emplear, reflejándose en el mismo las posibles complicaciones del método, entre las que se encontraban aquellas que presentó el paciente.
4. Tras manifestarse la existencia de una fuga en la anastomosis se inició un tratamiento conservador, perfectamente indicado ante la situación del paciente.
5. El seguimiento diario en este periodo fue correcto, empleándose la medicación adecuada.
6. Cuando cambia el cuadro, con empeoramiento y signos de peritonitis es cuando se decide intervención quirúrgica.
7. La cirugía es la correcta en el momento adecuado. La técnica

empleada es correcta, realizándose una colostomía terminal en FII, que era lo que se trataba de evitar.

8. En el postoperatorio surgieron múltiples complicaciones que se fueron tratando adecuadamente, con la técnica correcta, en el momento en que fueron apareciendo.

9. El paciente es dado de alta con NPT domiciliaria y antes de la misma se evaluaron de manera correcta, las posibilidades de reconstrucción del tránsito.

10. El paciente y su familia deciden solicitar una segunda opinión en Madrid. Acudiendo a un centro privado.

11. La cirugía que se propone en el centro es la misma que la propuesta en el Hospital de

12. La intervención se realizó en tiempo y forma correcta.

13. En el postoperatorio inmediato el paciente presentó una fístula intestinal por lo que tuvo que ser reintervenido, a las 48 horas de la primera intervención.

14. Tras un postoperatorio tormentoso el paciente fallece en la Clínica de Madrid en situación de FMO.

15. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente en el Hospital de, lo hicieron de manera correcta de acuerdo con la `lex artis`".

9. Mediante escrito de 7 de noviembre de 2005, notificado el día 14 del mismo mes, se comunica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

El día 15 de noviembre de 2005, el representante de los interesados se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de seiscientos noventa y tres (693) folios, según diligencia incorporada al mismo.

10. Mediante escrito de 30 de noviembre de 2005 se formulan alegaciones por

la representación de los interesados. En las mismas se manifiesta que rechazan “íntegramente el contenido de los informes emitidos por el Servicio de Inspección de las Prestaciones Sanitarias (...), así como el dictamen médico emitido por la entidad, Asesoría Médica (...), en cuanto resultan contradictorios con la realidad de lo sucedido y el informe pericial emitido por el catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de, don”.

Se añade que “nada en el contenido de los informes emitidos (...), desvirtúan en modo alguno los hechos acaecidos ni las consideraciones que se contienen en el informe pericial prestado por el catedrático de Medicina Legal, don, aportado por esta parte”. Por lo que se ratifican “expresamente en la existencia de negligencia grave en la prestación de la asistencia sanitaria debida en los centros de la sanidad pública en los que estuvo internado el difunto”.

Se reitera, asimismo, la existencia de tres gravísimas negligencias en la asistencia sanitaria prestada al perjudicado:

- En relación con la demora de la segunda intervención “no hay justificación alguna (...) que justifique un retraso de cinco días, al menos (entre el 21 y el 25 de febrero), para la realización de una nueva intervención en un caso de la gravedad del que nos ocupa, y con las trágicas consecuencias que posteriormente generó”.

- “En el curso del postoperatorio de la segunda intervención aparecen graves complicaciones, que se detallan en el informe emitido por el Servicio de U.C.I. del Hospital de (...), tampoco existe explicación razonable alguna que justifique semejante retraso en la realización de la tercera intervención quirúrgica, cuando ya se había detectado la presencia de una fístula intestinal de alto débito, y una situación general del paciente con anemia y deterioro de la función renal y respiratoria. Y desde luego resulta, aún más incomprensible todavía, que con tal cuadro clínico, se mantengan durante más de una semana al paciente en su habitación en planta, sin decidir su traslado al Servicio de U.C.I., mientras se producía un deterioro gravísimo en su estado general”.

- Como tercera “gravísima negligencia” se considera que “el paciente se

encontraba, como resultado de la sepsis abdominal producida, con un proceso latente o larvado de peritonitis, que se controlaba de forma aparente, exclusivamente, con el uso masivo de productos antibióticos de alta resolución, pero sin que en ningún caso, hubiera desaparecido el proceso en ningún momento, y esto resulta de plena evidencia porque, obviamente, en esta situación de tratamiento antibiótico intenso, recibe el alta en el Hospital de en, tratamiento que al ser suspendido por el traslado del paciente al Servicio de Nutrición del Hospital, genera ya que al segundo día de ingreso del paciente, éste presente un proceso febril de 39 grados, lo que obligó a que, en dicho Servicio, se comience el día 22 de junio a un nuevo tratamiento masivo con productos antibióticos, en este caso, mancomicina, y en dosis de un gramo cada doce horas./ La aplicación de un tratamiento de choque de estas características produce como resultado que el día 26 de junio se pueda retirar ya el antibiótico volviendo a quedar el paciente en situación afebril, pero sin que en modo alguno, como sucedió anteriormente en el Hospital de se haya corregido la situación que unos días después se describe como peritonitis por el doctor, y que motivó que en conversación privada mantenida por el doctor con la esposa e hijos del paciente calificase la situación de la cavidad abdominal de éste como de `cloaca´. Y que en sus propias palabras contenidas en su informe de fecha 5 de agosto de 2004 (...) señala que en la citada intervención quirúrgica del 10 de julio de 2004, se han encontrado `intensas adherencias viscerales, especialmente fibrosas, difíciles de seccionar, lo cual obliga a especial cuidado durante la movilización de yeyuno proximal, íleon terminal, colon ascendente y descendente. Intensa fibrosis y reacción inflamatoria a nivel de pelvis mayor y menor´”.

Por último, “como prueba de la actuación totalmente negligente de los servicios médicos de Cirugía del Hospital de”, se señala que en anexo al informe emitido por el citado Servicio se indicaba que se calculaba “una distancia aproximada entre el ángulo de Treitz y la enterostomía exteriorizada de unos cien centímetros, es decir, la existencia de aproximadamente un metro de intestino delgado”. Posteriormente, en la primera intervención de las que se llevan a cabo en la Clínica de Madrid, el doctor hace “constar expresamente

en su informe que `el segmento yeyunal medido desde el ángulo de Treitz es de 32 centímetros´. Es decir, el segmento de yeyuno se ha acortado a lo que parece de manera sorprendente en más de dos terceras partes del teóricamente existente en el momento de darse por terminadas las intervenciones quirúrgicas en el Hospital de". Diferencia ésta que "resulta absolutamente fundamental para entender el curso posterior de los acontecimientos sucedidos (...). Es decir en propias palabras del doctor, en las condiciones reales y ciertamente diferentes de las que se contenían en la historia clínica, comprobadas al realizar la primera intervención quirúrgica efectuada en la Clínica, en Madrid, las posibilidades de supervivencia del paciente eran ciertamente dudosas, como posteriormente sucedió".

A través de Otrosí se solicita la incorporación al expediente de "la historia clínica completa correspondiente a los días que (el perjudicado) estuvo ingresado en el Servicio de Nutrición del Hospital, desde su ingreso en el mismo el día 17 de junio de 2004, hasta el momento de su alta el día 7 de julio de 2004", así como "certificación expedida por el órgano de dirección que corresponda del Hospital de de por el que se acredite qué facultativos estuvieron presentes en dicho centro hospitalario, de los pertenecientes al Servicio de Cirugía General del doctor, los días 21, 22, 23 y 24 de febrero de 2004".

11. Mediante escritos de 2 de diciembre de 2005 el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias solicita de la Dirección Gerencia del Hospital de, de, se remita la documentación solicitada por los interesados en su escrito de alegaciones.

Con fecha 20 de diciembre de 2005, el Secretario General del Hospital de, de, remite copia de la historia clínica del perjudicado correspondiente a su ingreso en el hospital del 17 de junio de 2004 al 6 de julio del mismo año.

Mediante escrito de 21 de diciembre de 2005 el Gerente del Hospital de, de, remite relación de los facultativos que estuvieron presentes en dicho centro hospitalario, de los pertenecientes al Servicio de Cirugía General

del doctor, los días 21 a 24 de febrero de 2004.

12. Por escrito de 28 de diciembre de 2005, notificado el día 4 de enero de 2006, se comunica al representante de los interesados la apertura de nuevo trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de nuevos documentos obrantes en el mismo.

El día 9 de enero de 2006, el representante de los interesados se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de parte del expediente (folios 694 a 797) según diligencia incorporada al mismo.

13. En escrito fechado el 23 de enero de 2006, presentado el día 24 del mismo mes, los interesados se ratifican en sus manifestaciones anteriores.

14. Mediante oficio, fechado el 30 de enero de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia de las alegaciones presentadas a la aseguradora y a la correduría de seguros

15. Con fecha 25 de abril de 2006, el instructor formula propuesta de resolución proponiendo “desestimar la reclamación” interpuesta por los interesados, razonando que “en el presente caso, el paciente ingresa en el Servicio de Cirugía para ser intervenido tras ser diagnosticado de neoplasia de la unión rectosigmoidea mediante colonoscopia. Los preoperatorios no contraindican la cirugía y el paciente firma el consentimiento informado para anestesia y cirugía para resección de colon, en el que se señalan los posibles riesgos inherentes a dicha intervención que debe asumir el paciente. Entre esas complicaciones se incluyen aquellas que presentó el paciente durante el postoperatorio./ Las posibilidades de que se produzcan fugas subclínicas en las anastomosis bajas mecánicas son de entre un 15 y 17%, motivo por el cual es preciso, tal y como se realizó en este caso, que se deje un drenaje abdominal”.

Continúa diciendo que “el informe pericial aportado por el reclamante imputa los daños sufridos por el paciente, incluido el fallecimiento, al hecho de

no haber sido reintervenido antes de que se practicara la segunda intervención el día 25/02/2004. Sin embargo, como bien señala el informe de los especialistas de la compañía aseguradora, no todas las fugas de las anastomosis tras una cirugía de resección intestinal, se tratan procediendo a una intervención de inmediato. En el presente caso, efectuada la primera intervención el día 12/02/2004 mediante la técnica indicada el paciente tuvo un postoperatorio inicialmente normal desarrollando, a partir del sexto día una fístula de la anastomosis. En estos casos, mientras no exista gran repercusión física y si la dehiscencia no es completa (como se comprobó según la documentación de la historia clínica del paciente), la actitud terapéutica es siempre conservadora, con dieta absoluta, antibióticos si hay fiebre y nutrición parenteral. Es, precisamente, el tratamiento que de manera correcta se aplicó al paciente./ Es el día 25/02/2004 cuando se pone de manifiesto un cuadro peritonítico por lo que se procede a la reintervención; hasta entonces las medidas seguidas por los facultativos que le atendieron fueron las correctas y las indicadas. Así se deduce del informe del Médico Inspector tras valorar la documentación aportada al expediente patrimonial: `es correcta y habitual la conducta expectante seguida ante la aparición de fistulizaciones de las anastomosis esperando su resolución espontánea, aplicando mientras tanto cobertura antibiótica intensa y alimentación parenteral, siempre que, como en este caso, no se manifieste un cuadro de sepsis. Por otra parte, es preciso señalar que se trata de un riesgo típico descrito en el consentimiento informado que firmó el paciente el día 20/01/2004 en el que se expresa y concretamente consta en uno de los riesgos de la intervención a la que se iba a someter es la aparición de una fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal, obstrucción intestinal´´.

Por todo ello, después de citar la jurisprudencia aplicable al caso, entiende que "puede afirmarse que el paciente tenía en nuestro caso el deber jurídico de soportar el daño, ya que tanto en el informe del Médico Inspector

como en el informe de los especialistas de la compañía aseguradora, se señala que la intervención y postoperatorio fueron tratados de forma correcta y de conformidad con las exigencias de la lex artis”.

Considera, asimismo, que en este mismo sentido se manifiestan los doctores que emiten informe a petición de la compañía aseguradora en el apartado de conclusiones del informe aportado al expediente de responsabilidad patrimonial: “`tras manifestarse la existencia de una fuga en la anastomosis se inició un tratamiento conservador, perfectamente indicado ante la situación del paciente./ El seguimiento correcto de este periodo fue correcto, empleándose la medicación adecuada´./ Añadiendo en la conclusión número 15:/ `De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente en el Hospital de, lo hicieron de manera correcta de acuerdo con la lex artis´”.

Finalmente, dice, “se debe recordar que las complicaciones que desembocan en el shock séptico FMO (fallo multiorgánico) y que motivan el fallecimiento del paciente se producen tras la reconstrucción del tránsito intestinal en el intestino delgado en la medicina privada, en concreto en el Hospital de Madrid. Todas las complicaciones que surgieron son inherentes a este último procedimiento, estando descritas ampliamente en la literatura médica./ Los peritos de la compañía aseguradora manifiestan a este respecto y argumentando por qué motivo no comparten la opinión del informe del Dr., aportado por los reclamantes y que no es especialista en la materia, en los siguientes términos: `no podemos estar de acuerdo con el informe del Dr. en el que trata de achacar todas las complicaciones y el exitus del paciente en esta intervención a los resultados de la primera. Se producen en situaciones diferentes y en intervenciones diferentes./ Resulta sin embargo evidente que si el paciente no hubiera sido intervenido en la primera ocasión no hubiera sido necesario intervenirle de las secuelas de ésta. Pero hay que reconocer que se produjeron complicaciones después de una y otra cirugía, siendo todas ellas inherentes al procedimiento practicado en cada ocasión´”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2006, registrado de entrada el día 29 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- De conformidad con lo establecido en el artículo 139.1 en relación con el artículo 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), debemos destacar que no consta que estén los reclamantes activamente legitimados para solicitar la reparación del daño alegado, dado que la condición de viuda e hijos del perjudicado que invocan no ha sido acreditada de modo fehaciente en el procedimiento; lo que resultaría esencial para apreciar si su esfera jurídica se ha podido ver directamente afectada por los hechos que originan la reclamación.

Tampoco resulta acreditado, en los términos de lo dispuesto en el artículo 32.3 de la LRJPAC, que el letrado firmante de la reclamación ostente la representación de la totalidad de reclamantes en cuyo nombre dice actuar, toda

vez que si bien acredita el apoderamiento de los que afirman ser los tres hijos del perjudicado mediante dos escrituras de poder aportadas al pleito, no consta la acreditación del apoderamiento de la viuda. En consecuencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32.4 de la referida LRJPAC, que permite subsanar la falta o insuficiente acreditación de la representación, el órgano administrativo habrá de comunicar a los interesados que deberán subsanar dicho defecto dentro del plazo de diez días, o de un plazo superior si las circunstancias lo requieren, con advertencia de que, si así no lo hicieran, se les tendrá por desistidos de su petición, previa resolución dictada en legal forma.

Las expresadas circunstancias serían ya suficientes para desestimar la reclamación, si bien, teniendo en cuenta que la Administración actuante no ha cuestionado en ningún momento su condición de interesados ni les ha solicitado la necesaria acreditación formal del vínculo alegado, y que tampoco pone objeción alguna con respecto a la regularidad de la representación, procede, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, analizar el fondo de la cuestión controvertida, a fin de que, en su momento, pueda la Administración pronunciarse sobre ello y, en su caso, sobre el fondo de la reclamación. No obstante, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que ésta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación y representación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”. En el presente caso, se presenta la reclamación con fecha 7 de junio 2005, habiéndose producido el fallecimiento

del perjudicado el día 13 de septiembre de 2004, por lo que es claro que fue aquella presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria. En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, trámite de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo. Ciertamente, se ha comunicado a los reclamantes la incoación del procedimiento y las normas de aplicación al mismo -en las que consta el plazo máximo para notificar la resolución expresa y los efectos de su transcurso sin que se haya producido dicha notificación-, por lo que con una interpretación flexible cabría entender efectuada indirectamente la comunicación de dichos extremos, pero no se les ha indicado en modo alguno la fecha de recepción de su reclamación en el registro del órgano competente

para su tramitación, es decir, la fecha desde la cual se contará el plazo máximo en que debe notificarse la resolución expresa de dicha reclamación.

Además, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias, el día 7 de junio de 2005, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 29 de mayo de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido rebasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”. Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada establece en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin

perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de un daño o lesión antijurídica, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Del conjunto de la documentación obrante en el expediente se deduce que el perjudicado, diagnosticado de un adenocarcinoma de recto, fue atendido por el servicio sanitario público asturiano entre los días 10 de febrero y 6 de julio de 2004, donde se le confirmó el diagnóstico (adenocarcinoma, estadio A de Dukes), se le practicaron intervenciones quirúrgicas múltiples y se le instruyó en la técnica de nutrición parenteral domiciliaria. El día 6 de julio de dicho año ingresó en una clínica privada de Madrid, donde se le intervino quirúrgicamente en dos ocasiones, los días 10 y 12 de julio, y donde falleció, tras diversas complicaciones clínicas, el día 13 de septiembre de 2004.

Fundan los reclamantes su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, realizando al efecto una imputación plural de hechos como causa determinante del fallecimiento de su marido y padre, como son: las demoras injustificadas, a su juicio, en la realización de la segunda intervención quirúrgica a la que hubo de ser sometido el perjudicado y en su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos después de ésta y en la posterior tercera intervención; el hecho de que el paciente

padeciera un proceso "latente o larvado" de peritonitis, que se controlaba de forma aparente, exclusivamente, con el uso masivo de antibióticos, pero sin que en ningún caso hubiera desaparecido el proceso origen de la misma, ni la situación de debilitamiento general del perjudicado. Como consecuencia de todo ello, se habrían producido en el enfermo diversas deficiencias funcionales de máxima gravedad y, en última instancia, su fallecimiento.

Procede, por tanto, analizar si concurren los requisitos legales para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración que se pretende.

En este sentido, debemos advertir en primer lugar la indeterminación y hasta confusión de los daños por los que se reclama. En efecto, aunque en el escrito de reclamación se afirma que el anormal funcionamiento del servicio público sanitario provocó "en último término la muerte del paciente", a lo largo del mismo se identifican también como daños concretos (y no sólo como factores causales de la muerte) la "extirpación prácticamente íntegra del intestino delgado", la "peritonitis, al menos, en situación latente" y la "absoluta situación de debilitamiento general" del paciente. La confusión es manifiesta cuando se procede a evaluar la indemnización en función del daño imputado, ya que en este proceso intelectual no sólo se cuantifica el fallecimiento del perjudicado, incluido el daño moral, sino también "la ilectomía prácticamente total y la yeyunoctomía prácticamente total", que se valoran en ciento cincuenta y cuatro mil ochocientos veintiocho euros con ochenta céntimos (154.828,80 €), y la "incapacidad permanente absoluta", valorada en setenta y cinco mil doscientos treinta y un euros con setenta céntimos (75.231,70 €). No obstante estas afirmaciones, entendemos que cabe inducir del conjunto de la reclamación que ésta se circunscribe al hecho del fallecimiento, y a él ceñiremos nuestro análisis.

Pues bien, comprobada la realidad del fallecimiento del perjudicado (que acreditan tanto el parte de defunción aportado como los informes médicos incorporados al expediente y la historia clínica), procede analizar si concurre el necesario nexo causal entre éste y el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario. Con carácter previo, hemos de recordar que la prestación sanitaria, tanto pública como privada, debe siempre procurar la

curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio o parámetro clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como "*lex artis ad hoc*".

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por los perjudicados es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la "*lex artis ad hoc*", entendiéndose por tal "aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida" (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 11 de marzo de 1991).

En el presente caso, como ya hemos expuesto, son varias las causas a las que los interesados atribuyen el fallecimiento del perjudicado. Atendiendo a las prácticas médicas que imputan a la Administración sanitaria en el escrito de alegaciones de los interesados, en el que concretan y amplían su escrito inicial de reclamación, las causas se reducen a tres hechos, que califican de "negligencias graves" e implican cada una de ellas la imputación al servicio público de una mala praxis médica.

En primer lugar, alegan que después de la primera intervención que se le realiza al perjudicado, el día 12 de febrero de 2004, se produce una demora de cinco días, al menos (entre el 21 y el 25 de febrero), para la realización de una nueva intervención, considerando carente de justificación este retraso en un caso de la gravedad del examinado. Exponen, en efecto, que se confirma "el día 20 de febrero (...), la existencia de drenajes fecaloideos, y el informe

radiológico del día 25 de febrero ya establece la existencia de dilatación de asas de intestino delgado, con algunos niveles hidroaéreos que sugieren suboclusión". Estos datos, junto con el hecho de que "el riesgo de fallo de sutura en intervenciones quirúrgicas de esta clase, es mayor entre el cuarto y el séptimo día del postoperatorio, en el caso que nos ocupa, entre el 17 y el 20 de febrero", destruyen cualquier "presunción de actuación diligente" al no reintervenir al perjudicado hasta el día 25 de febrero, pese a que toda la sintomatología reseñada y los informes de los diferentes servicios lo aconsejaban.

Como una de las razones de esta presunta demora se apunta el hecho de que "según el calendario de fiestas locales en, el 24 de febrero era fiesta local, concretamente martes de carnaval, lo que hace suponer la existencia de unos servicios absolutamente restringidos, entre el sábado 21 de febrero y el miércoles 25, fecha en la que se practica la segunda intervención", precisamente por ellos, en el escrito de alegaciones se interesa de la Administración que se "indique qué facultativos de los pertenecientes al equipo quirúrgico del Servicio de Cirugía General, y en concreto al que fue responsable de las intervenciones (...), se encontraban presentes en dichas fechas en el Hospital de".

En apoyo de la necesidad evidente de una segunda intervención quirúrgica y de su carácter urgente, aportan los interesados informe pericial, de fecha 19 de mayo de 2005, emitido por un catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de y especialista de Medicina Legal y Forense, en el que se afirma que "se tuvo que pensar en reintervenir antes de que se practicara la segunda intervención quirúrgica (25-2-2004) ante la situación observada y que constan en: las hojas de curso clínico (abdomen distendido, día 18-2, contenido fecaloideo por drenajes, 19-2, drenaje fecaloideo oscuro, 20-2, fístula, discreta distensión, 21-2, confirmado RX de abdomen, siguiendo el resto de los días en la misma línea hasta intervención); enfermería (deposición líquida con sangre día 17-2, existencia de contenido hemático y olor fétido, día 18-2, fecaloideo por los drenajes día 20-2); analíticas (leucocitosis importante a partir del día 18-2 con neutrofilia); informe

radiológico del día 19-2-2004 (la aparición de un neumoperitoneo, indicativo de salida de aire del tubo digestivo), e informe radiológico del día 21-2-2004 (dilatación de asas de intestino delgado, con algunos niveles hidroaéreos que sugieren suboclusión), todo ello hacía pensar en la existencia de un escape (por una dehiscencia de sutura) y la posibilidad de una peritonitis, como fue confirmada por los hallazgos de la segunda intervención”.

Como segunda “negligencia grave”, consideran la demora que, a su entender, se produce cuando, a pesar de que el día 1 de marzo de 2004 ya “se había detectado la presencia de una fístula intestinal de alto débito, y una situación general del paciente con anemización y deterioro de la función renal y respiratoria”, se demoró hasta el día 8 de marzo su traslado al Servicio de U.C.I., y no se realizó inmediatamente una tercera intervención quirúrgica sino hasta el día 9 de marzo. Entienden que nada justifica semejante retraso en la realización de esta tercera intervención después de la situación constatada del perjudicado, y que “resulta aún más incomprensible todavía, que con tal cuadro clínico, se mantenga durante más de una semana al paciente en su habitación en planta, sin decidir su traslado (...) mientras se producía un deterioro gravísimo en su estado general”.

La tercera “negligencia grave” apreciada deriva del hecho de que “el paciente se encontraba, como resultado de la sepsis abdominal producida, con un proceso latente o larvado de peritonitis, que se controlaba de forma aparente, exclusivamente, con el uso masivo de productos antibióticos de alta resolución, pero sin que en ningún caso, hubiera desaparecido el proceso en ningún momento”. Entienden confirmada esta alegación por el repunte de la situación febril del perjudicado en el Servicio de Nutrición del Hospital, una vez suspendido el tratamiento con antibióticos en el Hospital de, eliminándose en aquel el proceso febril a base, también, de antibióticos, sin corregir la situación originaria que “unos días después se describe como peritonitis por el doctor””; confirman, a su juicio, lo alegado las manifestaciones personales que les realizó el doctor calificando la cavidad abdominal del paciente como “cloaca”, y el informe de éste, de fecha 5 de agosto de 2004, realizado con posterioridad a la intervención quirúrgica

practicada el 10 de julio de 2004, en el que dice que se encontraron “intensas adherencias viscerales, especialmente fibrosas, difíciles de seccionar, lo cual obliga a especial cuidado durante la movilización de yeyuno proximal, íleon terminal, colon ascendente y descendente. Intensa fibrosis y reacción inflamatoria a nivel de pelvis mayor y menor”.

Por ello, entienden que es “necesario concluir, o bien, que entre el día 6 de julio de 2004, fecha del alta en el Hospital, y el día 10 del mismo mes de julio, fecha de la operación, se había desarrollado ‘ex novo’ la citada peritonitis, lo que es ciertamente imposible, o los sucesivos servicios médicos del SESPA (...) produjeron las sucesivas altas médicas, en un enfermo afectado de peritonitis, circunstancia ésta, que a la vista de los propios informes resulta absolutamente innegable”.

A todo lo expuesto, los reclamantes agregan también, no como negligencia, sino como prueba “de la actuación totalmente negligente de los servicios médicos de Cirugía del Hospital de,”, que en el anexo al informe emitido por el Servicio de Cirugía General del Hospital de, después de la tercera intervención realizada, también, el 9 de marzo de 2004, se calculaba una distancia aproximada entre el ángulo de Treitz y la enterostomía exteriorizada de unos cien centímetros; posteriormente, cuando se realiza la primera intervención de las que se llevan a cabo en la Clínica de Madrid, el día 10 de julio de 2004, se hace constar expresamente en el informe emitido que “el segmento yeyunal medido desde el ángulo de Treitz es de 32 centímetros”. Ello supone, dicen, que “el segmento de yeyuno se ha acortado a lo que parece de manera sorprendente en más de dos terceras partes del teóricamente existente en el momento de darse por terminadas las intervenciones quirúrgicas en el Hospital de,”, considerando esta diferencia “absolutamente fundamental para entender el curso posterior de los acontecimientos sucedidos, ya que por el propio doctor, y bajo el epígrafe de observaciones previo a su comentario relativo a la intervención quirúrgica citada, se aceptó el tratamiento del enfermo con base precisamente en los datos que se contenían en el informe de alta emitido por los Servicios de Cirugía General del Hospital de de, y que se demostraron

absolutamente falsos, en este extremo". Esta circunstancia, hacía que "las posibilidades de supervivencia del paciente eran ciertamente dudosas, como posteriormente sucedió", tal como, según dicen, les manifestó el profesional médico que le intervino quirúrgicamente en las dos últimas ocasiones.

Por último, toda vez que los reclamantes hacen expresa referencia a ella en su reclamación inicial como un daño derivado de la asistencia médica recibida por el perjudicado, ha de valorarse la situación de debilitamiento general resultado de todas estas circunstancias, lo que provoca, según los reclamantes, diversas deficiencias funcionales de máxima gravedad. No obstante, a la vista de lo expuesto en las propias alegaciones de los reclamantes, parece difícil considerar la misma como un daño independiente y no como un efecto colateral al resto de los daños alegados.

Frente a estas alegaciones de los reclamantes obran en el expediente, además de los informes de los Servicios implicados, dos informes: el realizado por la Inspección de Prestaciones Sanitarias y el emitido, a instancias de la compañía aseguradora, por cuatro doctores, especialistas en distintas áreas de la cirugía. Ambos informes discrepan abiertamente de las conclusiones manifestadas por los reclamantes, y, por tanto, del informe pericial por ellos aportado.

Así, con respecto a la primera de las negligencias imputadas, el Inspector de Prestaciones Sanitarias, después del examen de la documentación obrante en la historia clínica del perjudicado, llega a unas conclusiones completamente distintas a las de los interesados y a lo manifestado en el informe pericial aportado por los reclamantes. En efecto, en el informe se afirma que "efectuado la primera intervención el 12 de febrero de 2004 (...) el paciente tuvo un postoperatorio inicialmente normal desarrollando, a partir del sexto día, una fístula de la anastomosis de bajo débito y con tránsito mantenido que evolucionó sin signos de sepsis, afebril, diuresis mantenidas, tensiones arteriales normales y analíticas normales salvo una discreta desviación izquierda y leucocitosis el día 19 de febrero que desapareció con tratamiento antibiótico intenso y alimentación parenteral. Los días 13 y 18 de febrero tenía 9.400 y 9.830 leucocitos que se elevaron a 16.460 el día 2 volviendo a situarse el día 21

en 10.400. Esta situación clínica en su conjunto descartaba la existencia de una peritonitis hasta el 25 de febrero de 2004, fecha en la (que) radiológicamente se pone de manifiesto un posible cuadro suboclusivo. Ante la aparición de un cuadro peritonítico se realizó la segunda intervención el mismo día”.

Concluye diciendo que “es correcta y habitual la conducta expectante seguida ante la aparición de fistulizaciones de las anastomosis esperando su resolución espontánea, aplicando mientras tanto cobertura antibiótica intensa y alimentación parenteral, siempre que, como en este caso, no se manifieste un cuadro de sepsis”. Además, lo sucedido es un riesgo típico descrito en el consentimiento informado que firmó el paciente el día 26 de enero de 2004 y en el que expresa y concretamente consta que uno de los riesgos de la intervención a la que se iba a someter es la aparición de una “fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero que a veces precisa intervención con la realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal, obstrucción intestinal”.

A conclusiones similares se llega en el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora que dice que “la cirugía se llevó a cabo en tiempo y forma correcta, mediante la técnica habitual en este tipo de procedimientos”. No obstante, ponen de relieve “que hasta el 15-17% de las anastomosis bajas mecánicas tienen fugas subclínicas, por este motivo se deja un drenaje abdominal, tal como se realizó”, así mismo “también hay que considerar que los defectos técnicos en las anastomosis producen fístulas en las primeras 24 a 48 horas, mientras que aquellas que (se) manifiestan más tarde están debidas a la propia enfermedad del paciente o a sus condiciones anatómicas”.

Continúan diciendo que “no todas las fugas de las anastomosis tras la realización de una RAB, se tratan procediendo a una reintervención de inmediato, con desconexión de la misma y realización de una colostomía en FII./ Si no existe gran repercusión física, y en este caso no la había, si la dehiscencia no es completa, como se comprobó en este caso, la actitud terapéutica es siempre conservadora, con dieta absoluta, antibióticos si fiebre, y NPT. Si estando en tratamiento conservador el paciente presentara

empeoramiento clínico con signos de peritonitis generalizada, el tratamiento sería cirugía urgente”. Por todo ello, concluyen afirmando la corrección de la actuación médica seguida, pues “tras manifestarse la existencia de una fuga en la anastomosis se inició un tratamiento conservador, perfectamente indicado ante la situación del paciente./ (...) El seguimiento diario en este periodo fue correcto, empleándose la medicación adecuada./ (...) Cuando cambia el cuadro, con empeoramiento y signos de peritonitis es cuando se decide intervención quirúrgica”.

Además, en este informe se discrepa abiertamente de las manifestaciones realizadas por el perito de los interesados, en las que los reclamantes fundan sus argumentaciones; expresamente se dice en el informe que “no podemos estar de acuerdo con el informe pericial del Dr. (...) en el que trata de achacar todas las complicaciones y el exitus del paciente en esta intervención a los resultados de la primera. Se producen en situaciones diferentes y en intervenciones diferentes./ Resulta sin embargo evidente que si el paciente no hubiera sido intervenido en la primera ocasión no hubiera sido necesario intervenirle de las secuelas de ésta. Pero hay que reconocer que se produjeron complicaciones después de una y otra cirugía, siendo todas ellas inherentes al procedimiento practicado en cada ocasión”.

Por último, en lo que respecta a esta primera negligencia imputada, consta en el expediente el informe remitido por la Gerencia del Hospital de detallando, a petición de los interesados, los facultativos presentes los días 21 a 24 de febrero de 2004 en el Servicio de Cirugía General, sin que se observe en el mismo otra circunstancia que la derivada de la existencia de días festivos (21, 22 y 24) y la presencia en el hospital durante estos días de facultativos de guardia.

En cuanto a la negligencia imputada en el postoperatorio de la segunda intervención quirúrgica y el retraso en la realización de la tercera, tampoco los informes emitidos coinciden con lo alegado; así, en el informe del Inspector de Prestaciones Sanitarias no se aprecia tal demora, limitándose a señalar que “a partir de este momento las sucesivas reintervenciones fueron debidas a la tórpida evolución del gravísimo cuadro de patología abdominal que sufría el

enfermo". En el mismo sentido se pronuncian los doctores que firman colegiadamente el informe de la compañía aseguradora cuando dicen que "en el postoperatorio surgieron múltiples complicaciones que se fueron tratando adecuadamente, con la técnica correcta, en el momento en que fueron apareciendo".

Argumentaciones éstas que refutan también la tercera de las negligencias imputadas por los reclamantes, así como el acortamiento del segmento de yeyuno en dos terceras partes, al que se hace referencia como prueba de la actuación general negligente de la Administración sanitaria.

Además, con respecto a estas tres últimas alegaciones, es preciso manifestar que éstas no sólo carecen de refrendo en los informes emitidos a instancias de la Administración, sino también en los informes de parte aportados. En efecto, de ninguno de estos informes se extraen las consecuencias pretendidas por los reclamantes; así en el informe del doctor, partiendo de los datos de la historia clínica del paciente, no se llega a las mismas conclusiones que los reclamantes con respecto a las negligencias imputadas, sucediendo lo mismo con el resto de informes aportados, incluidos el del doctor, al que se le atribuyen manifestaciones verbales en apoyo de las alegaciones presentadas que en nada concuerdan con el informe por él firmado y que se incorpora al expediente con la reclamación inicial.

No puede entrar este Consejo a valorar las afirmaciones que la representación de los interesados pone en boca de facultativos que intervienen a lo largo del proceso sufrido por el perjudicado, afirmando que fueron realizadas a los interesados o al letrado, cuando carecen de apoyo documental y su sentido resulta contradicho por el resto de informes incorporados al expediente. Lo mismo hemos de decir con respecto a determinados alegatos, como la imputación de una actuación negligente en la actuación del Hospital en la asistencia prestada al perjudicado desde el día 17 de junio al 6 de julio de 2004, afirmando que posteriormente se presentará nuevo informe pericial en relación con estos hechos, no realizándose aportación alguna.

Ahora bien, si las últimas negligencias imputadas se consideran carentes de todo apoyo probatorio por las razones expuestas, no puede decirse lo mismo

de la primera de ellas, es decir, el retraso en la segunda de las intervenciones practicadas. En este caso, la representación de los reclamantes acompaña sus afirmaciones, como ya hemos expuesto, de un informe médico, firmado por el doctor, que concluye afirmando categóricamente que "existe relación directa de la muerte (del perjudicado) con la atención sanitaria dada por el Hospital de `.....´ de, y la Clínica de Madrid durante su estancia al efectuarle tratamiento quirúrgico de su patología intestinal".

No obstante, como ya se ha puesto de manifiesto al examinar los informes emitidos, sus argumentos son contradichos por los informes realizados durante la tramitación del procedimiento. Por otro lado, resulta sorprendente la pertinaz reiteración de los reclamantes en derivar toda la responsabilidad del fallecimiento del perjudicado a la actividad de la Administración sanitaria, incluso a costa de omitir el contenido de los propios informes que aporta; así, en el informe del doctor se concluye no sólo la responsabilidad de la Administración sanitaria, sino también la de la clínica privada en la que se le realizan las últimas intervenciones al perjudicado y donde se produce su fallecimiento, a cuyos facultativos imputa "que posiblemente se precipitaron en la realización de la intervención efectuada el día 10 de julio de 2004, ya que las condiciones no eran las más idóneas y posiblemente hubiera sido más eficaz efectuar la intervención cuando se hubiera recuperado su estado general". También parecen olvidar que el fallecimiento del perjudicado se produce en esta clínica, tras un fallo multiorgánico que el propio doctor atribuye a una infección "posiblemente de origen hospitalario".

En razón de lo expuesto, consideramos que no queda acreditada una actuación de los profesionales médicos que atendieron al perjudicado contraria al buen quehacer médico o disconforme con la "*lex artis*", pues el paciente fue correctamente diagnosticado y las técnicas quirúrgicas aplicadas fueron las acordes con las múltiples complicaciones surgidas en los postoperatorios, que se trataron adecuadamente y en el momento en que iban apareciendo. Falta, por tanto, el imprescindible elemento de antijuridicidad que debe acompañar a cualquier daño para que su producción genere obligación alguna por parte de la Administración a la que se pretende imputar causalmente, por lo que hemos de

concluir que el fallecimiento del paciente se produjo como consecuencia de los riesgos inherentes al tratamiento quirúrgico de la enfermedad y a su propia evolución; riesgos de los que el paciente fue informado y que, conocidos, asumió expresamente. Tal conclusión hace innecesario que examinemos la evaluación económica realizada por los reclamantes.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por don, en nombre y representación de doña, don, doña y doña"

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL ACCIDENTAL,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.