

Expediente Núm. 216/2007
Dictamen Núm. 81/2008

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:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 11 de septiembre de 2008, 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 8 de noviembre 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en diversos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de noviembre de 2005, doña (en adelante interesada) presenta, en el registro de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial, en nombre propio y en representación de su esposo, don (en adelante perjudicado), por la defectuosa asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”, y en el Hospital “Y”.

Inicia el escrito de reclamación poniendo de manifiesto que el perjudicado “padece de forma definitiva desde el año 2004 una gravísima

limitación de sus facultades tanto físicas como mentales después de haber sufrido una serie de incidencias hospitalarias”, lo que condujo a que le fuera reconocido “un grado de discapacidad global del 80%, siéndole diagnosticada una discapacidad del sistema neuromuscular por encefalopatía”.

A continuación resume el proceso asistencial prestado, indicando que el perjudicado “fue ingresado en el (Hospital ‘X’) el día 18 de abril del año 2004 con el fin de ser intervenido quirúrgicamente de la próstata, practicándole la llamada prostatectomía radical al habersele recomendado y diagnosticado la citada intervención. (...) fue intervenido al día siguiente, 19 de abril (...), haciéndole además una transfusión de sangre, por lo que aparentemente no hubo complicaciones (...). El día 20 de abril, por la tarde empieza a quejarse de dolor, diciendo que le cuesta trabajo respirar, molestias en el abdomen, drena líquido por el oído, se le da medicación y desde las 24 horas se encuentra desorientado, siendo esa una mala señal o evidencia del comienzo de la alteración psíquica y física, y de la afectación pulmonar./ No se conoce que tuviera un control y seguimiento directo de los servicios médicos”. Según señala a continuación, el día 21 de abril se “le somete a otra transfusión de sangre, y después a otra con un intervalo de una hora (...), por lo que sorprenden tales necesidades y la urgencia y la inmediatez entre una y otra transfusión./ No se conoce que tuviera un control y seguimiento directo de los servicios médicos, ni que se adoptara alguna medida de comprobación del estado, origen y causa de las necesidades de sangre”.

Según su relato, el “día 22 de abril es sometido a una nueva transfusión de sangre con carácter de urgencia nada más comenzar la noche, practicándosele otra a medio día. Se le realiza un TAC abdominal con contraste intravenoso donde se aprecia un derrame pleural bilateral más pronunciado en el lado derecho con atelectasia de los segmentos posteriores basales, sorprendiendo la citada afectación con carácter inmediato y tras la intervención quirúrgica, sin explicación acerca de la causa de su aparición y del origen”.

El día 25 de abril -continúa relatando la interesada-, “cuando van a curarle la herida quirúrgica ven que hay una eventración por lo que es nuevamente intervenido (...). Por este motivo recibe dos transfusiones de sangre. Se extrae biopsia de adenopatía mesentérica calcificada (...). El día 29 es sometido a otra transfusión de sangre. En el informe se hace constar que en el posoperatorio tiene atelectasia masiva en pulmón derecho, está con respiración mecánica y fármacos vasoactivos. Por la tarde tiene una temperatura de 38 grados, avanzada la noche llega a los 39,2 grados (...). El día 30 dado su estado, que ha ido empeorando se decide su traslado al (Hospital ‘Y’), y allí continúa el tratamiento”.

Señala que “desde el día 30 de abril de 2004 hasta el día 22 de noviembre de 2004 (el perjudicado) estuvo ingresado en el (Hospital ‘Y’), siendo atendido tanto en la UCI como en otros servicios (...), presentando también incidencias sorprendentes, como lo que sucedió en fecha de 21 de mayo de 2004, consistente en la obstrucción de la cánula de traqueostomía el 21-5-2004 con hipoxemia secundaria y posterior parada cardiorrespiratoria que revirtió tras 5-8 minutos de maniobras de recuperación; secundariamente presentó encefalopatía anóxica, con desconexión del paciente con respecto al medio ambiente, apertura espontánea de ojos con pupilas isocóricas y reactivas y reflejo de amenaza negativo./ La obstrucción de la cánula de traqueostomía se produjo dentro y en las instalaciones hospitalarias, y bajo supuesta supervisión y control de los responsables médicos y hospitalarios”.

Sobre las consecuencias del proceso descrito, la interesada, transcribiendo el informe de alta del Hospital ‘Y’, de fecha 22 de noviembre de 2004, señala “Estado vegetativo persistente./ Úlcera sacra tórpidamente persistente”, y, en lo que se refiere al tratamiento, que “el paciente debe permanecer en cama (...), con cambios posturales periódicos (...). Nutrición por sonda de gastrostomía (...). Precisa pañales por incontinencia y colectores externos de orina”.

El perjudicado, resume la interesada, “sufrió en las instalaciones hospitalarias dependientes del SESPA una infección urinaria por *Cándida albicans*, *Pseudomona aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en cultivo de aspirado traqueal y *Acinetobacter baumannii* en cultivo de exudado orifaringeo y heces, derrame pleural bilateral y atelectasias bibasales, lesión alveolar bilateral por neumonía nosocomial, intertrigo candidiásico a nivel de axilas e ingles, lesión cutánea en tórax y extremidades de tipo papulo-eritematoso con zonas ampollosas en posible relación con reacción adversa a fármacos o funguemia por *Candida albicans*”.

En relación con la indemnización que solicita, señala que “lo procedente es que (la) Comunidad Autónoma se haga cargo de todos los daños que se me han ocasionado, por lo que se ha de tender a una reparación integral, comprendiendo todos los daños alegados (...), tanto el daño moral como los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos por los perjudicados, entre los que me encuentro yo y mis hijos, y que se concretan, entre otras cosas, en la necesidad de tener a unas dos personas diariamente que atiendan con la condición de auxiliar de clínica a mi esposo (es que tienen que turnarse), y por eso se valora en unos 36.000 euros” al año, por lo que “se calcula el coste real de los próximos quince años en unos setecientos veinte mil (720.000) euros, aproximadamente, a lo que es necesario sumar una cantidad, valorada prudentemente en trescientos mil (300.000) euros en que se valoran los daños morales que se me han ocasionado a resultas de toda esta situación”.

Después de señalar los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, concluye indicando que “como resultado del funcionamiento normal o anormal del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias (en adelante SESPA), se nos ha ocasionado un daño evidente que se ha concretado en que mi esposo (...) se encuentra en estado vegetativo irreversible, existiendo una innegable y directa relación de causalidad entre dicha actuación de la Administración y el resultado dañoso”, y solicitando que

“se nos indemnice a resultas del funcionamiento de la Administración sanitaria en la cantidad de un millón veinte mil (1.020.000) euros, o en la cantidad que se determinen los daños alegados y probados (...), incluyendo los daños morales (...), todo ello sin perjuicio de la terminación convencional del procedimiento”.

Junto con el escrito de reclamación, presenta copia de un informe médico forense, de fecha 31 de mayo de 2005, y de la Sentencia del Juzgado de 1.ª Instancia N.º 1 de, de fecha 20 de junio de 2005, sobre declaración de incapacidad del perjudicado. Presenta igualmente, como documental gráfica, cinco fotografías del perjudicado en su domicilio.

2. Mediante escrito fechado el 2 de diciembre de 2005, notificado el día 13 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la incoación del oportuno expediente y la normativa que resulta de aplicación.

3. Mediante escritos de fecha 12 de diciembre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del Hospital “X” y a la Dirección Gerencia del Hospital “Y” la remisión de una copia de la “documentación obrante en ese centro así como informes actualizados de los Servicios que atendieron al paciente”.

4. Con fecha 20 de diciembre de 2005, el Secretario General del Hospital “Y” remite al Servicio instructor una “copia de los informes que figuran” en la historia clínica. Dicha documentación está compuesta por el informe de alta del Servicio UVI, de fecha 26 de julio de 2004; informe de alta del Servicio de Neurología, de fecha 22 de noviembre de 2004; informe del Servicio de Cirugía Plástica, de fecha 12 de agosto de 2004, e informes al Servicio de Nutrición, de fechas 21 de enero y 14 de octubre de 2005.

5. Con fecha 27 de diciembre de 2005, el Secretario General del Hospital "Y" remite al Servicio instructor una "copia del informe del Servicio de Neurología, que atendió a dicho paciente". El informe, suscrito por el Coordinador de Neurología con fecha 22 de diciembre de 2005, indica que "no hemos visto al paciente desde su alta, por lo que nos ratificamos en informe previo emitido a su alta (que se adjunta) con fecha 22 de noviembre de 2004". El referido informe de alta, que ya figuraba incorporado al expediente, señala "paciente ingresado en el Servicio de Neurología con fecha 10/8/2004 trasladado desde la UCI con estado de encefalopatía post-anóxica (estado vegetativo persistente). (...) con antecedentes de hipertensión arterial, reflejo gastroesofágico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apendicectomizado e intervenido de hernia inguinal, con síndrome de apnea obstructiva de sueño, que seguía tratamiento crónicamente con Astudal, Adiro, Seretide, Ventolin y Omnic./ Ingresado en el (Hospital 'X') el 18/4/2004 por el Servicio de Urología, fue intervenido de próstata (prostatectomía radical) con fecha 19/4/2004 por un adenocarcinoma de próstata con colocación de stent ureteral bilateral. Reintervenido el 25/4/2004 por evisceración, sufrió durante la intervención un cuadro de desaturación por atelectasia completa de pulmón derecho, precisando ventilación mecánica con PEEP elevadas y FiO₂ mayor del 50%. Presentó además inestabilidad hemodinámica, fiebre elevada y leucocitosis, por lo que se inició tratamiento con Clindamicina y Cefotaxima. Ante la mala evolución (...) se solicitó su traslado al (Hospital 'Y'), ingresando el día 30/4/2004 en la UCI de dicho hospital. Su evolución clínica fue complicada por infección urinaria por *Candida albicans*, *Pseudomona aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en cultivo de aspirado traqueal y *Acinetobacter baumannii* en cultivo de exudado orofaríngeo y heces, derrame pleural bilateral y atelectasias bibasales, lesión alveolar bilateral por neumonía nosocomial, intertrigo candidiásico a nivel de axilas e ingles, lesión cutánea en tórax y

extremidades de tipo papulo-eritematoso con zonas ampollasas en posible relación con reacción adversa a fármacos o funguemia por *Candida albicans*; obstrucción de la cánula de traqueostomía el 21/5/2004 con hipoxemia secundaria y posterior parada cardiorrespiratoria que revirtió tras 5-8 minutos de maniobras de recuperación; secundariamente presentó encefalopatía anóxica, con desconexión del paciente con respecto al medio ambiente, apertura espontánea de ojos con pupilas isocóricas y reactivas y reflejo de amenaza negativo”.

6. Con fecha 12 de enero de 2006, el Secretario General del Hospital ‘Y’ remite al Servicio instructor una “copia de la historia clínica de dicho paciente”. En ella se recogen diversas consultas en el Servicio de Nutrición y la documentación correspondiente a su estancia en el Servicio de Neurología. En relación con su permanencia en el Servicio UVI, únicamente figura el informe de alta, de fecha 26 de julio de 2004, que resume la asistencia prestada entre las fechas de ingreso (30 de abril de 2004) y la de alta.

7. Mediante escrito fechado el día 19 de enero de 2006, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio instructor “informe de los FEA del Servicio de Microbiología, así como los controles epidemiológicos realizados en el quirófano 3, donde opera el Servicio de Urología (...), referentes a las fechas que interesan en la citada reclamación”.

Pese al tenor del oficio de remisión, junto con el informe del Servicio de Microbiología, que se refiere al “periodo 1/4/04-30/4/04” (aunque únicamente recoge los valores correspondientes a los días 6, 7 y 9 de abril de 2004), se remite igualmente un informe suscrito por el Responsable del Servicio de Urología del Hospital “X” relativo al proceso asistencial, señalando que la “prostatectomía radical es una cirugía agresiva con vista a la erradicación completa del tumor y por tanto no exenta de complicaciones entre las que se

incluye la muerte así como también la obstrucción intestinal y la dehiscencia de la sutura y eventración intestinal”.

Sobre el posoperatorio, señala el mismo informe que “el día 24/04/04 (...) realiza un cuadro confusional agudo con gran agitación, probablemente a causa de la dehiscencia de la sutura de la herida quirúrgica con la consecuente eventración intestinal (...). Como consecuencia de dicha eventración intestinal se reinterviene con fecha 25/04/04 (...). Tras esta segunda intervención es cuando (...) aparecen los problemas respiratorios con la presencia de una atelectasia masiva en el pulmón (derecho) que, no obstante mejora con flujo de oxígeno elevado y presiones positivas (...). Dado que la evolución posoperatoria es tórpida y se trata de un paciente que va a precisar una estancia en UVI de larga evolución, se decide traslado a la UVI” del Hospital “Y”.

Se remite finalmente diversa documentación que, aunque no se identifica como tal, parece constituir la historia clínica del perjudicado en el Hospital “X”.

8. El Secretario General del Hospital “Y”, mediante oficio de fecha 10 de marzo de 2006, remite al Servicio instructor “copia del informe del Servicio de Medicina Intensiva (UVI) que atendió” al perjudicado. En el informe, suscrito por el Jefe del Servicio y un Médico Adjunto con fecha 9 de marzo de 2006, señalan ratificarse “en el contenido del (...) realizado al alta (...), al no disponer de nuevos datos ya que la citada historia no se encuentra en los archivos del hospital”.

9. Con fecha 14 de marzo de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Dirección Gerencia del Hospital “Y” que, “a través del Archivo de historias clínicas se confirme la imposibilidad de localizar la parte de la historia relativa” al proceso asistencial del perjudicado durante su estancia en la UCI.

El Responsable de Archivos y D.C. del Hospital “Y”, mediante escrito de fecha 14 de marzo de 2006, pone de manifiesto que en la historia clínica

correspondiente al perjudicado “falta (...) toda la documentación relativa a su estancia en la UCI I del 30/04/04 al 26/07/04”, indicando que nos resulta “imposible determinar en qué momento o circunstancia desapareció la documentación”, añadiendo que el dato de que existe “un solo sobre contenedor para una historia que presumiblemente debería ser muy voluminosa por su prolongada estancia en la UCI hace sospechar que dicha documentación nunca nos fue remitida al Archivo para su inclusión en la historia clínica general”.

10. Con fecha 15 de marzo de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el informe técnico de evaluación. Resume la asistencia prestada señalando que el perjudicado “fue sometido a una prostatectomía radical el 19 de abril de 2004 (...). Durante el acto quirúrgico no se presentaron mayores problemas técnicos, salvo que la disección del cuello vesical resultó amplia y se reconstruyó el mismo y para evitar un atrapamiento ureteral inadvertido se le colocaron dos catéteres doble J como prevención y para asegurar de esta forma una buena anastomosis uretro-vesical. Tras la intervención el paciente fue extubado y remitido a la sala de Reanimación en donde presentó un posoperatorio inmediato con una cierta disnea e hipotensión que precisó medicación y la presencia de un ilio paralítico que evolucionó dentro de lo previsible. El día 24 de abril de 2004 (...) realizó un cuadro confusional agudo con gran agitación, pudiendo ésta ser la causa de la dehiscencia de la sutura de la herida quirúrgica con la consecuente eventración intestinal. Como consecuencia de dicha eventración intestinal se reintervino con fecha 25 de abril de 2004 con la ayuda del Servicio de Cirugía. Tras esta segunda intervención, en el posoperatorio, aparecieron problemas respiratorios con la presencia de una atelectasia masiva en el pulmón derecho (...). Así todo, dado que la evolución posoperatoria fue tórpida y se trataba de un paciente que iba a precisar una estancia en UVI de larga evolución, el día 30 de abril de

2004 se decidió el traslado a la UVI del (Hospital 'Y')./ En el momento del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del (Hospital 'Y') se recoge, como historia actual del enfermo: "paciente trasladado (...) por cuadro de sepsis grave e insuficiencia respiratoria crónica descompensada que precisa ventilación mecánica (...). El 25/04/04 es reintervenido de urgencia por evisceración. Durante la intervención, cuadro de desaturación secundario a atelectasia completa del pulmón derecho. Precisa en el posoperatorio ventilación mecánica con PEEP elevadas y FiO₂ mayor del 50%. Además, inestabilidad hemodinámica que precisa de Noradrenalina y Dopamina. Fiebre elevada y leucocitosis motivo por el que se inicia tratamiento antibiótico con Clindamicina y Cefotaxima. Dada la mala evolución del paciente solicitan traslado al Hospital 'Y' ingresando en nuestra Unidad el 30/04/04".

Recoge igualmente el informe, entre otros datos, la realización de los siguientes análisis microbiológicos: "Urinocultivo (09/05/04). Se aísla *Candida albicans*. Cultivo de aspirado traqueal (16/05/04). Se aísla *Pseudomona aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*. Cultivo de exudado orofaríngeo y heces. Se aísla *Acinetobacter baumannii*".

El informe continúa relatando que "el 20/05/04 se realizó traqueostomía quirúrgica, sin incidencias técnicas" y que "el 21/05/04 presenta obstrucción de la cánula de traqueostomía, con hipoxemia secundaria y posterior parada cardiorrespiratoria que revirtió tras 5-8 minutos de maniobras de RCP. Encefalopatía anóxica secundaria. Actualmente el paciente no conecta con el medio. Apertura espontánea de ojos con pupilas isocóricas y reactivas y reflejo de amenaza negativo (estado vegetativo persistente)".

A continuación, añade el informe que "el paciente pasó a planta del Servicio de Neurología el 10 de agosto de 2004 permaneciendo ingresado hasta el 22 de noviembre de 2004. El informe elaborado por el Servicio indica que fue trasladado desde la UCI con estado de encefalopatía post-anóxica (estado vegetativo persistente) (...), persistiendo en la actualidad. Los diagnósticos que

se dan al alta son estado vegetativo persistente y úlcera sacra tórpida curada”.

Una vez relatados los hechos, analiza el informe dos aspectos del proceso asistencial, la “infección nosocomial surgida durante el posoperatorio en el (Hospital ‘X’)” y la “obstrucción de la cánula de traqueostomía”.

Con relación a la primera de estas cuestiones, señala que “se ha solicitado información sobre los controles epidemiológicos efectuados, recibiendo contestación de la Dirección Gerencia el 19 de enero de 2006. Se acompañan los controles realizados en el quirófano de Urología (número 3) relativos a las fechas en las que el paciente fue intervenido. Comprenden las muestras de aire filtrado de quirófano tomadas entre el 1 (y) el 30 de abril de 2004, no detectándose crecimientos superiores a los permitidos más que el ocurrido el día 6 de abril. Tras adoptar las medidas oportunas se corrigió la situación y las tomas efectuadas el día 7 de abril arrojaron ya resultados negativos que se mantenían posteriormente”.

Sobre la segunda cuestión, indica el informe que “se trata de una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de procedimiento. La traqueostomía es una técnica indicada, entre otras situaciones, en el manejo de la respiración asistida prolongada con entubación endotraqueal por un tiempo indeterminado. Entre las complicaciones que toda la literatura menciona se encuentra la aparición de secreciones bronquiales que llegan a ser espesas y costrosas, causadas básicamente porque al entrar aire sin humidificar, ni calentar y sin tener un filtro de impurezas, provocan un espesamiento de las mismas, favoreciendo la constitución de un tapón mucoso”, señalando que se desconoce, “como consecuencia de la pérdida de la historia clínica, en este caso concreto las circunstancias que rodearon el accidente ocurrido en la UCI y el motivo por el que la obstrucción de la cánula, complicación frecuente y de manejo habitual por el personal de estas unidades, pudo dar lugar a una parada cardiorrespiratoria que ocasionó al paciente su actual cuadro de Encefalopatía postanóxica y estado vegetativo persistente, al tardar entre cinco

y ocho minutos en responder a las maniobras de reanimación”.

A la vista de ello, concluye su informe el Inspector de Prestaciones Sanitarias proponiendo “trasladar la reclamación (...) a la Comisión de Seguimiento de la póliza del seguro de responsabilidad civil del (SESPA), para su estudio y valoración”.

11. Con fecha 28 de abril de 2006, el Jefe del Servicio instructor se dirige a la compañía aseguradora indicando que “según lo acordado en la Comisión de Seguimiento celebrada el pasado día 4 de abril, se remite copia del expediente de responsabilidad patrimonial (...), al objeto de (que) se elabore el informe médico pericial”.

12. Mediante escrito fechado el 7 de junio de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias se dirige a la Dirección Médica del Hospital “Y” señalando que “en la reunión de la Comisión de Seguimiento del seguro de responsabilidad celebrada el día cinco del presente mes se acordó (...) pedir a esa Dirección Médica colaboración a fin de que por los profesionales intervinientes en el proceso asistencial (...) se informe por escrito reconstruyendo los hechos ocurridos con expresión de los mismos y de los tiempos aproximados en que tuvieron lugar”.

13. El día 14 de julio de 2006, la Directora Médica del Hospital “Y” remite al Servicio instructor un informe, de fecha 12 de ese mismo mes, suscrito por el Médico Adjunto de Medicina Intensiva que atendió al perjudicado en el episodio de obstrucción de la cánula. Señala dicho informe que “el personal de enfermería que atendía al paciente, objetivó presiones elevadas en la vía aérea y desaturación de oxígeno, motivo por el que avisaron al Dr. (...), que se encontraba en la Unidad, quien observó dificultad para la entrada de aire al paciente desde el respirador y bradicardia; ante la sospecha de obstrucción de

la cánula de traqueostomía, se procede al cambio de la misma. Se comprobó que la cánula de traqueostomía estaba obstruida por un tapón (el personal cree recordar que se trataba de un tapón hemático, pero al no disponer del historial clínico, no lo podemos afirmar con total seguridad). Durante el procedimiento, el paciente presenta parada cardíaca que como ya consta en el informe de alta del paciente, requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar. El personal que atendió al paciente cree que la duración del procedimiento (detección del problema, cambio de cánula y reanimación cardiopulmonar) fue corto, aproximadamente 8 minutos”.

Se adjunta una nueva copia del informe de alta de dicho Servicio, de fecha 26 de julio de 2004.

14. Mediante escrito de 20 de julio de 2006, el Servicio instructor remite a la compañía aseguradora una copia del informe realizado desde el Servicio de Medicina Intensiva en relación con los hechos acaecidos el día 21 de mayo de 2004.

15. Con fecha 21 de septiembre de 2006, una asesoría privada elabora un dictamen, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, que se incorpora al expediente a instancia de la compañía aseguradora, según se indica en la propuesta de resolución. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los recogidos en el informe técnico de evaluación, se concluye que “el enfermo fue intervenido de un carcinoma de próstata presentando en el posoperatorio un estado confusional y agitación y eventración que obligó a una nueva intervención (...). Tras la segunda intervención presentó un cuadro séptico con shock séptico y fracaso multiorgánico por lo que fue trasladado al hospital de referencia (...). La intervención estaba indicada ya que es el tratamiento más utilizado en el cáncer de próstata sin metástasis. El enfermo aceptó esta alternativa terapéutica y

firmó el consentimiento informado en el que se indica entre las complicaciones posibles la infección (...). La infección es un riesgo inevitable de la cirugía. En este enfermo se tomaron las medidas recomendadas para reducir este riesgo al mínimo (...). A pesar de ello apareció un shock séptico y fracaso multiorgánico que es la forma más grave de infección, con una mortalidad superior al 90% (...). Gracias a las medidas terapéuticas instauradas el enfermo ha sobrevivido a esta grave infección (...). El paciente presentó una obstrucción de la cánula de traqueostomía que fue detectada antes de que la obstrucción fuese total. Durante el cambio de cánula el enfermo sufrió una parada cardiorrespiratoria de la que se recuperó con maniobras de reanimación cardiopulmonar en unos cinco minutos (...). A pesar de este corto intervalo de tiempo apareció una encefalopatía anóxica por la cual el enfermo está en un estado semivegetativo, consciente, sin posibilidad de comunicar con él e inútil para moverse y para las demás actividades de la vida diaria (...). La aparición de la encefalopatía anóxica ha estado muy influenciada por el estado respiratorio previo a la cirugía y por la insuficiencia respiratoria ocasionada por el shock séptico y ha podido estar influida por una insuficiencia vascular cerebral previa, a favor de la cual va el estado confusional precoz que sufrió en el posoperatorio (...). La actuación médica con este paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*".

16. Evacuado el trámite de audiencia, con vista del expediente, mediante oficio recibido por la interesada el día 28 de diciembre de 2006, el día 9 de enero de 2007 se persona en las dependencias administrativas un letrado, a quien se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por setecientos diecisiete (717) folios, según consta en la diligencia incorporada al mismo.

Se incorpora al expediente la copia de una escritura de poder general para pleitos otorgada por la interesada a favor, entre otras personas, del letrado compareciente.

17. El día 12 de enero de 2007, la interesada presenta en las dependencias de Correos de Oviedo un escrito de alegaciones, señalando en primer lugar que el perjudicado, “a consecuencia de los daños y lesiones que sufrió tras la operación (...) a la que fue sometido en el (Hospital “X”), y aquellos otros sufridos en el (Hospital “Y”) (...) falleció en fecha 17 de agosto de 2006”, aportando una copia del certificado de defunción correspondiente.

Al margen de lo anterior, indica “sobre el consentimiento prestado”, que “los médicos le informaron que la solución mejor (...) era someterse a esta operación, en el transcurso de la cual existía un cierto riesgo. Pero no le informaron acerca de lo que podríamos denominar `riesgos colaterales`, consistentes en la posible mala evolución tras la operación, las infecciones, contagios en el propio hospital, etc.”, a lo que añade que “tanto mi marido como yo conocíamos vagamente los riesgos propios de la operación, puesto (que) como se comprueba en el consentimiento informado que han aportado al expediente (...), ni siquiera se especifica el procedimiento para el que se presta la autorización (...). En ningún momento nos informaron acerca de las complicaciones (...) tras la operación, y, menos aún, la gravedad que podrían alcanzar las consecuencias de la intervención”.

En relación con la pérdida de la historia clínica y la reconstrucción de los hechos realizada posteriormente, entiende la interesada que “ninguno de los datos que se recogen (...) deben valorarse para la resolución (...), pues no existe prueba alguna de la veracidad o certeza de los hechos relatados”.

Sobre el hecho mismo de la desaparición de esa historia, sostiene que “es prácticamente imposible”, a menos, continúa, “que la pérdida haya sido efectuada de forma consciente y premeditada por alguien que no tenía ningún interés en que se conocieran las circunstancias relativas a la estancia en la UCI del paciente”.

Concluye este punto indicando que “a pesar de no existir prueba

documental alguna de estos hechos, en esta reconstrucción nada se señala sobre las posibles medidas que deberían haber adoptado para evitar la obstrucción de la cánula de traqueostomía y establecen la duración de la parada cardiorrespiratoria en 8 minutos”, insistiendo en que, aunque la obstrucción de la cánula “es una complicación frecuente (...), existen múltiples cuidados para evitarla”, y “en ninguno de los informes se recoge que se hubiera adoptado alguno de ellos, ni siquiera en la reconstrucción facilitada por el personal de la UCI”.

Manifiesta que “la falta de previsión para la adopción de medidas necesarias en función de las circunstancias del paciente han producido un daño desproporcionado en relación a la patología que presentaba (...), pues éste entró por su propio pie en el (Hospital “X”) y salió en estado vegetativo”.

A continuación, “impugna” los informes y dictámenes médicos incorporados al expediente. Reitera en primer lugar lo ya indicado al respecto de la reconstrucción realizada “por la UCI sobre los hechos ocurridos el día 21 de mayo de 2004”. Sobre el informe de la asesoría médica privada, dice que “no aporta conclusiones que hayan sido obtenidas a través (de) una investigación correcta de los hechos acaecidos”, y, sobre la obstrucción de la cánula, manifiesta que mientras “el médico que estuvo presente en el suceso señala que (...) duró aproximadamente 8 minutos”, el informe de dicha asesoría menciona una “horquilla de tiempo entre 5 y 8 minutos”, recalando no comprender por qué “no basan sus conclusiones en los datos aportados por los presentes ese día”. Finalmente, subraya que dicho dictamen “no tiene en cuenta la actuación del personal sanitario en el (Hospital “X”), la falta de diligencia en el tratamiento de las infecciones que sufrió el paciente en dicho hospital, la pérdida de la historia clínica en el Hospital “Y”, la ausencia de cualquier clase de medida tendente a evitar los riesgos de la obstrucción de la cánula de traqueostomía, que es una complicación frecuente (y) la duración de la parada cardiorrespiratoria de 8 minutos”.

Concluye su escrito reiterando la indemnización “en la cantidad señalada en la reclamación, que asciende a un millón veinte mil euros (1.020.000 €) o en la cantidad que se determinen los daños alegados y probados, incluyendo los daños morales, todo ello sin perjuicio de la terminación convencional del procedimiento”.

18. Mediante escritos fechados el día 26 de enero de 2007, el Servicio instructor remite una copia de las alegaciones presentadas por la interesada a la correduría de seguros y a la entidad aseguradora.

19. Con fecha 26 de enero de 2007, el instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Después de resumir los antecedentes de hecho y de señalar los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, señala que “la reclamante basa su petición indemnizatoria en que la actuación de todo el personal sanitario que tuvo responsabilidad sobre el paciente debe considerarse contraria a la ‘lex artis’, pues desde el principio, momento en que se informó incorrectamente sobre la prostatectomía radical y su alcance, la realización de la misma, el posoperatorio, el traslado al Hospital ‘Y’ y la convalecencia (...) en este hospital, su actuación fue totalmente inadecuada (...). Frente a esta argumentación es preciso dejar constancia de que la intervención estaba indicada (...). El enfermo aceptó esta alternativa terapéutica y firmó el consentimiento informado en el que se indica entre las complicaciones posibles la infección ya que es un riesgo inevitable de la cirugía. En este enfermo se tomaron las medidas recomendadas para reducir este riesgo al mínimo y a pesar de ello apareció un shock séptico y fracaso multiorgánico que es la forma más grave de infección, con una mortalidad superior al 90%. El paciente presentó una obstrucción de la cánula de traqueostomía que fue detectada antes de que la obstrucción fuese total y durante el cambio de la misma sufrió una parada cardiorrespiratoria de la que

se recuperó con maniobras de reanimación cardiopulmonar en unos ocho minutos y que dio lugar a una encefalopatía anóxica cuya aparición ha estado muy influenciada por el estado respiratorio previo a la cirugía y por la insuficiencia respiratoria ocasionada por el shock séptico y ha podido estar influida también por una insuficiencia vascular cerebral previa, a favor de la cual va el estado confusional precoz que sufrió en el posoperatorio. Por todo ello cabe concluir que la actuación médica con este paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*".

20. El día 19 de julio de 2007, el Pleno del Consejo Consultivo dictamina que no es posible realizar un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento a fin de que se elabore un nuevo informe técnico de evaluación que fije los presupuestos fácticos de la reclamación planteada y valore su nexo causal con el funcionamiento del servicio público sanitario.

Con fecha 5 de septiembre de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias elabora un nuevo Informe Técnico de Evaluación. En el apartado valoración señala que "el paciente desarrolló una infección nosocomial a pesar de que se le había instaurado profilaxis antibiótica" y que "el hospital realizó los correspondientes controles epidemiológicos no detectándose crecimientos superiores a los permitidos, excepto uno ocurrido el día 6 de abril de 2004 y que tras adoptar las medidas oportunas se corrigió". También indica que "la parada cardiorrespiratoria sufrida por el enfermo el 21 de mayo de 2004 durante el ingreso en el (Hospital 'Y'), tras producirse la obstrucción de la cánula de traqueostomía, cabe señalar que se trata de una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de pacientes, guardando relación con el tipo de patología que presentan y no con transgresiones o incumplimiento de la *lex artis*". A la vista de todo ello, concluye señalando que "la reclamación de responsabilidad patrimonial (...) debe ser desestimada".

Con fecha 6 de septiembre de 2007, el Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación al SESPA y a la correduría de seguros respectiva, y el día 13 de ese mismo mes, se notifica a la interesada la apertura de un nuevo trámite de audiencia y vista del expediente por plazo de quince días.

Sin que por parte de la interesada se hayan realizado nuevas alegaciones, con fecha 19 de octubre de 2007 el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora una nueva propuesta de resolución, en parecidos términos a la suscrita el día 26 de enero de 2007, a la que incorpora la valoración técnica que realiza el Inspector de Prestaciones Sanitarias en su informe técnico de evaluación. Como conclusión, en sus fundamentos de derecho expone que “la actuación médica con este paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”, proponiendo la desestimación de la reclamación formulada.

21. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de noviembre de 2007, registrado de entrada el día 13 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

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 dispuesto 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 la determinación del alcance de las secuelas”. En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 18 de noviembre de 2005 y el alta hospitalaria, con secuelas, se produjo el día 22 de noviembre de 2004, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en 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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, 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 la interesada, en los términos de lo dispuesto 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.

Igualmente, 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. Habiéndose presentado la solicitud en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 18 de noviembre de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 13 de noviembre de 2007, el plazo de resolución y notificación se ha sobrepasado. 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 dispone 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, establece 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 dispone 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, no habiendo

transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, 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.- El asunto que se somete a nuestra consideración se refiere a una reclamación de daños y perjuicios formulada como consecuencia de la atención sanitaria prestada en diversos hospitales de la red pública, entendiendo la interesada, esposa del perjudicado, que existieron defectos en la información prestada con carácter previo a la intervención quirúrgica, defectos que invalidan el consentimiento suscrito; que durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Y" no se adoptaron las medidas preventivas adecuadas tendentes a evitar la obstrucción de la cánula, y, finalmente, que se produjo en este supuesto un "daño desproporcionado en relación a la patología que presentaba el paciente, pues éste entró por su propio pie en el hospital (...) con una complicación de próstata y salió en estado vegetativo".

En relación con los daños que alega, no existe duda sobre el estado del perjudicado en el momento de producirse el alta, puesto que en el informe del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de fecha 22 de noviembre de 2004, se indica que el paciente se encuentra en "estado vegetativo persistente", habiendo fallecido con posterioridad, el día 17 de agosto de 2006, según consta en la Certificación Literal del Registro Civil de, de fecha 12 de enero de 2007, aportada por la interesada en el trámite de alegaciones.

Ahora bien, la aparición de unos daños con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado

tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A la vista de la historia clínica incorporada al expediente, hemos de dar por probado el relato que realiza la interesada sobre la asistencia sanitaria recibida, coincidente con el descrito en el informe técnico de evaluación. Como hemos señalado, del proceso asistencial prestado en el Hospital "X" la interesada únicamente cuestiona el consentimiento prestado para la primera intervención, señalando defectos en la información facilitada. Sin embargo, hemos de señalar que en el expediente obra el documento de consentimiento informado suscrito por el perjudicado para la realización de una "prostatectomía radical", en el que, entre otros riesgos, figura el que se produzca una "eventración intestinal", con indicación expresa de que puede ser precisa una reintervención. Igualmente consta el riesgo de "infección en sus diferentes grados de gravedad". Según refleja la historia clínica y se recoge en los diferentes informes incorporados, el perjudicado sufrió en el posoperatorio de esa primera intervención una de las complicaciones descritas, una eventración intestinal, lo que obligó a realizar una segunda intervención de carácter urgente para procurar su corrección quirúrgica. El carácter perentorio de la intervención quirúrgica (así figura en el informe de alta del Servicio de Urología del Hospital "X": "el día 25/04/04 el paciente presenta evisceración procediéndose con carácter urgente a revisión quirúrgica y cierre de la pared abdominal") exime de la necesidad de obtener el consentimiento informado del paciente, según señala expresamente el artículo 9, apartado 2, letra b), de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, aunque, en aplicación de lo dispuesto en ese mismo apartado, los facultativos responsables obtuvieron el consentimiento de la esposa del perjudicado, tanto para la anestesia general, como para el procedimiento quirúrgico, según documentos de fecha 25 de abril de 2004, también incorporados al expediente. En consecuencia, no se aprecian defectos en el consentimiento prestado por el paciente para la primera intervención quirúrgica y, como hemos señalado, el

carácter urgente de la segunda exime de la obligación de obtenerlo, aunque, en todo caso, consta acreditado que se obtuvo el de su esposa con carácter previo a esa segunda intervención de urgencia.

La segunda imputación que se realiza por la interesada, se refiere a la estancia del paciente en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital "Y" (en adelante UVI), señalando que "la obstrucción de la cánula de traqueostomía es una complicación frecuente, pero existen múltiples cuidados para evitarla", añadiendo a continuación que "en ninguno de los informes se recoge que se hubiera adoptado alguno de ellos, ni siguiera en la reconstrucción facilitada por el personal" de la UVI, apreciando, por tanto, que se produjo una "descoordinación general del servicio". Con carácter previo, hemos de advertir que la ausencia de documentación relativa al tiempo de estancia del paciente en la UVI permite afirmar, con carácter general, que no hay constancia del tipo de cuidados y tratamientos prestados al paciente, salvo en lo consignado en el informe de alta de dicho servicio, informe que no puede recoger con el detalle de una historia clínica todos y cada uno de los tratamientos y procedimientos terapéuticos aplicados. Pero este incidente en relación con la historia clínica no puede suponer, sin más, que consideremos acreditado que durante ese tiempo no se aplicaron los procedimientos adecuados, de acuerdo con la *lex artis*. La imputación que en tal sentido realiza la reclamante, toma sus datos del informe técnico de evaluación, donde se detallan esos procedimientos tendentes a "intentar evitar" la aparición de esa complicación. No obstante, el propio Inspector, después de describir tales métodos, sigue refiriéndose a la obstrucción de la cánula y a su sustitución como "complicación frecuente y de manejo habitual por el personal de estas unidades" de vigilancia intensiva. Y el mismo Inspector añade, en el Informe Técnico de Evaluación de fecha 5 de septiembre de 2007, no contradicho por la reclamante, que "la parada cardiorrespiratoria sufrida (...) tras producirse la obstrucción de la cánula de traqueostomía (...) se trata de una de las complicaciones más frecuentes de

este tipo de pacientes, guardando relación con el tipo de patología que presentan y no con transgresiones o incumplimientos de la *lex artis*". Paciente, debemos recordar, que se encontraba en la UVI bajo ventilación asistida prolongada, en estado grave, como consecuencia de una sepsis generalizada y con un estado respiratorio previo muy deteriorado, puesto que padecía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tales circunstancias, según señala el informe médico incorporado a instancia de la entidad aseguradora, "no es sorprendente" la aparición de una parada cardiorrespiratoria ni, a consecuencia de la misma, la posterior "encefalopatía anóxica" con el resultado ya descrito. A juicio de este Consejo Consultivo, la inexistencia de historia clínica completa del paso del paciente por la UVI no impide la valoración del episodio concreto al que se refiere la reclamante en sus escritos, es decir, la obstrucción de la cánula, puesto que dicho episodio se encuentra descrito en el informe de alta del servicio respectivo, realizado en aquel momento, descripción coincidente con la reconstrucción posterior de los hechos. Ninguna razón encontramos para cuestionar el relato fáctico que se realiza en ese informe de alta, que refiere textualmente que "el 21/05/04 presenta obstrucción de la cánula de traqueostomía, con hipoxemia secundaria y posterior parada cardiorrespiratoria que revirtió tras 5-8 minutos de maniobras de RCP", y a la vista de tales hechos, los informes médicos incorporados al expediente descartan la existencia de una infracción de la *lex artis*, explicando la aparición de esas complicaciones como una consecuencia del grave estado en el que se encontraba el paciente, y no por una hipotética desatención o falta de cuidados precisos, llegando a indicar el informe realizado a instancia de la entidad aseguradora que "la facilidad con que se recuperó indica que la actuación fue inmediata".

Por último, sobre la apelación que realiza la interesada a la doctrina del daño desproporcionado, este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse al respecto señalando que "en el supuesto de apreciarse un daño

desproporcionado, no se produce un reconocimiento directo e incondicional de la responsabilidad patrimonial, sino una inversión de la carga de la prueba, de modo que es la Administración la que debe probar que toda su actividad se ajustó a los dictados de la *lex artis*". En el caso concreto que se somete a nuestro análisis, el riesgo de que se produjese una eventración como consecuencia de la primera intervención realizada figura expresamente recogido en el consentimiento informado suscrito por el perjudicado, de igual modo que constaba el riesgo genérico de infección, en cualquier "grado de gravedad". Por tanto, no es posible reconocer, como postula la reclamante, que se evidencie un resultado desproporcionado. Es cierto que el perjudicado evolucionó de forma tórpida, sufriendo fundamentalmente un fracaso multiorgánico, un shock séptico y problemas respiratorios graves; sin embargo, sobre el resto de la asistencia prestada, tanto por lo que se refiere a la segunda intervención en el Hospital "X", como sobre su posterior traslado al Hospital "Y", ningún reproche se contiene en la reclamación, excepto la obstrucción de la cánula ya analizada.

En todo caso, y aun admitiendo hipotéticamente el planteamiento de la interesada, consideramos que la Administración sanitaria ha probado suficientemente, sin que se haya aportado ningún informe técnico en sentido contrario, que toda la asistencia prestada al perjudicado se adecuó al criterio expuesto de la *lex artis*. En efecto, ha quedado acreditado que la intervención estaba indicada para el tratamiento de la enfermedad que padecía; que previamente a la misma se adoptaron las medidas precisas para prevenir infecciones, y que el quirófano estaba sometido a los controles correspondientes; que, como materialización de los riesgos asumidos en el documento de consentimiento, se produjo una eventración abdominal que precisó una cirugía de carácter urgente, y pese a las medidas profilácticas adecuadas, el paciente desarrolló un cuadro grave infeccioso y un fracaso multiorgánico, que aconsejaron su ingreso en la UVI. Finalmente, en el curso de ese ingreso, sufrió una parada cardiorrespiratoria, que según los informes

incorporados al expediente se encuentra relacionada con el estado respiratorio previo a la cirugía y con la propia insuficiencia ocasionada por el proceso infeccioso que padecía, y no con transgresiones de la *lex artis*.

En suma, no ha quedado demostrado que el servicio público sanitario haya actuado vulnerando la *lex artis ad hoc*, ni que las complicaciones posoperatorias sufridas por el perjudicado y sus lamentables efectos sean imputables a una mala praxis del mismo.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.