

Expediente Núm. 200/2007
Dictamen Núm. 39/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de abril de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de octubre de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños ocasionados como consecuencia de lo que califican de inadecuada asistencia sanitaria recibida y del posterior fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 6 marzo de 2006, los interesados (cónyuge y tres hijos de la paciente fallecida) plantean una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X” a su esposa y

madre, respectivamente. Señalan que el 23 de agosto de 2004 la paciente, con diagnóstico de "colecistitis", acude al citado hospital para ser intervenida quirúrgicamente ese mismo día. Inician la operación por vía laparoscópica y, "ante la imposibilidad de progresar por presentar (...) lipomatosis intraabdominal, se decide continuar con laparotomía subcostal". El día 24 "el posoperatorio se desarrolla con normalidad", el día 25 comienza a tomar alimentos sólidos y le es retirado el gotero, la tarde de ese mismo día le administran Nolotil "sin que la paciente haya manifestado dolor" y aparecen las molestias, "manifestadas en contracciones y vómitos". El día 26 refiere tener mucho dolor, si bien se encuentra afebril, y se le practica análisis de sangre que indica la existencia de una sepsis muy importante, con anemia y leucopenia. Continúan narrando que se solicita consulta a Medicina Interna y desde dicho Servicio se decide traslado urgente a la Unidad de Reanimación, donde la paciente presenta ya un shock séptico muy grave y, "tras una dilatada espera sin más información a los familiares, se les comunica que se muere (...). A continuación se la traslada a la UVI del Hospital "Y", produciéndose durante el traslado el fallecimiento de la enferma".

Añaden que en ese momento la familia solicita la intervención del médico forense, el cual determina que la causa del fallecimiento ha sido "una perforación de colon que desencadena una peritonitis fecaloidea".

Analizan la que parece ser la causa directa de la muerte y destacan que en la hoja de intervención quirúrgica figura una "incisión sobre pequeña hernia umbilical. Disección del saco muy lipomatoso y extirpación. Introducción del trocar de Hadson" y que "sin embargo tales cortes no fueron apreciados en las ecografías, la paciente no presentaba drenaje en el posoperatorio y tampoco se recogió en el informe médico. Actualmente se desconoce el instrumento que ocasionó los cortes". Sostienen que en el informe de autopsia del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital 'Y' (en adelante HUCA) y en el emitido por el médico forense se hace constar que "se observan dos puntos de sutura", señalando este último profesional que la existencia de tales puntos "indica, sin

lugar a ninguna duda, que el hecho fue advertido y parcialmente solucionado en el acto quirúrgico” y que resulta sorprendente que tal incidencia, dada su gravedad, no se haga constar en la hoja de intervención quirúrgica.

Aducen que en el posoperatorio “el servicio quirúrgico prácticamente se desentiende de la paciente”. Destacan la hoja de consentimiento para la colecistectomía, que prevé la reintervención en caso de complicación, y que, a pesar de que el Servicio de Medicina Interna informa de “patología abdominal”, el Servicio de Cirugía insiste en que “no impresiona de patología abdominal”.

Por ello, afirman que “no se agotaron las posibilidades diagnósticas ni quirúrgicas para salvar la vida” de la paciente y que “el fallecimiento se produjo como consecuencia de las complicaciones surgidas tras la perforación resultado (...) desproporcionado a la cirugía practicada en la que el riesgo de perforación es raro”.

Concluyen, pues, que existe una relación directa entre la muerte de la perjudicada y la atención sanitaria prestada en el Hospital “X”.

Evalúan el daño sufrido en la cantidad de noventa mil doscientos ochenta euros (90.280 €), más los intereses legales que se hubieren devengado.

Adjuntan al escrito de reclamación copia de los siguientes documentos:

a) Historia clínica de la paciente. b) Informe de autopsia, realizado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital “Y” con fecha 24 de septiembre de 2004, en el que se recoge que “en la zona correspondiente a la parte superior del epiplón se observa un tejido verdoso indurado, con una zona excavada central en el fondo de la cual se observan 2 puntos de sutura. En inmediata vecindad se encuentra el colon transversal (...). En la mucosa de los bordes y del resto del colon no muestra cambios hemorrágicos ni aspecto necrótico. A la misma altura y en un plano posterior (...) se observa un abultamiento bien delimitado, rojizo (...), y que corresponde a un hematoma de 5 cm de diámetro”. Finaliza el informe indicando “paciente intervenida de colelitiasis que fallece en el posoperatorio por una perforación de colon transversal que desencadena una peritonitis fecaloidea y fallece en un cuadro de shock”. c)

Informe médico forense, de fecha 21 de febrero de 2005, en el que se refleja que el resultado final que se ha producido en este caso “nos obliga a realizar una crítica revisión de los acontecimientos”, y describe la patología que presentaba la paciente como una “litiasis biliar prácticamente asintomática, leve y temprana. La indicación casi perfecta de la colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, razones técnicas aconsejan renunciar al procedimiento endoscópico poco después de iniciado y optar por una laparotomía subcostal derecha convencional”. A continuación subraya que, a la vista de la hoja de intervención quirúrgica, todo el trabajo se realiza en el campo vesicular y que, “además de la extirpación de la vesícula, se cierra (sutura) la pequeña hernia umbilical utilizada como vía de acceso de la malograda laparoscopia”. Destaca, asimismo, que “al hilo del informe de autopsia hemos hallado un hematoma de unos cinco centímetros a nivel de la curvatura mayor del estómago; dos (2) puntos de sutura en la parte superior del epiplón”, afirmando -rotundamente- que “la colocación de los puntos de sutura indica, sin lugar a ninguna duda, que el hecho fue advertido y parcialmente solucionado en el acto quirúrgico”. Como conclusiones señala, entre otras, “que la hoja de intervención quirúrgica no recoge la incidencia ocurrida sobre (el) área subgástrica y el epiplón donde se ha constatado la existencia de hematoma en el primer caso y la colocación de dos puntos de sutura en el segundo (...). Que en inmediata vecindad con la sutura antedicha se ha comprobado la existencia de una solución de continuidad en colon transversal (...). Que la evolución posoperatoria inmediata puede calificarse como normal (...). Que se trata de una complicación grave de la cirugía practicada y para la cual está prevista la necesidad de reintervención en el protocolo de consentimiento informado para colecistectomía (...). Que tal reintervención no fue considerada por el servicio quirúrgico (...). Que el shock séptico secundario a peritonitis fecaloidea por perforación del colon transversal fue la causa del fallecimiento durante el posoperatorio de la paciente”. d) Informe médico-forense, de fecha 20 de septiembre de 2005, que constituye una ampliación del emitido con anterioridad por orden del Juzgado que

investiga las diligencias abiertas, sobre algunas de las cuestiones planteadas, y que insiste en la presencia de “puntos de sutura o ligadura en lugares apartados del campo de actuación del equipo quirúrgico que siguen sin ser aclarados. No olvidemos que el tramo central del colon transversal afectado por la perforación no pertenece al campo quirúrgico de la incisión subcostal derecha (...). Por lo que se refiere a la tardanza en la presentación de los síntomas propios de la peritonitis”, refiere que “se trata del cese de la función aproximadora del hilo o la grapa utilizados en la sutura. No tiene un tiempo concreto para producirse. Tampoco un tiempo máximo”. Cuestiona la actuación de los profesionales intervinientes en el posoperatorio, planteándose si “resulta más fácil admitir la posibilidad de una enfermedad nosocomial de asiento pulmonar el segundo día del posoperatorio que causa un deterioro multiorgánico brutal que investigar la posibilidad de una complicación del acto quirúrgico reciente”, afirmando que el “lavado peritoneal”, “que se realiza de urgencia en cualquier hospital del mundo, permite descartar la existencia de lesión de vísceras abdominales ante traumatismos cerrados”; incluso añade que tal prueba “sólo precisa anestesia local”. En cuanto a la pregunta relativa a si, a la vista de la eco-abdominal y la radiografía de tórax que se realiza a la paciente el día 26 de agosto de 2004, “podrían hacer pensar en una patología pulmonar más que abdominal”, sostiene que tenía todos los síntomas, y que, tal y como el propio internista opinaba, “impresiona de patología abdominal”. Finalmente, señala que todas las divagaciones sobre el origen de la perforación colónica que produjo la muerte de la paciente dejarían de ser meras especulaciones “si se dispusiera, como fue solicitado desde esta clínica forense el 22/02/05, de la pieza anatómica completa y no lo que fue remitido por el Hospital ‘Y’, con área (...) recortada, justo en el lugar de asiento de los puntos y la herida intestinal. Igualmente ratificaría la intención de los puntos hallados”. Concluye descartando la isquemia, la impactación fecal y el divertículo como etiologías de la perforación colónica y que “sin el diagnóstico certero y oportuno las posibilidades de sobrevivir de la paciente (...) eran realmente exiguas”. e)

Informe privado, emitido por un Catedrático del Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de el 30 de marzo de 2005, en el que, a la vista de la historia clínica de la paciente fallecida y de los informes forenses antes reseñados, se expone que en la intervención por laparoscopia se hace una incisión y se introduce el trocar de Hadson, considerando que “en este momento quirúrgico pudo haberse producido la perforación de asas intestinales, bien en la incisión o en el momento de meter el trocar” y que posteriormente, la “suturarían”. A continuación se hace una laparotomía subcostal, “en vez de una media o una pararectal supraumbilical, lo que conlleva a que el campo quirúrgico sea más reducido, y (...) no se haga correctamente una revisión amplia de las vísceras abdominales, con lo cual pasó desapercibida la segunda perforación”. Añade que “tampoco se colocó un drenaje, con lo cual las pérdidas que se pudieran producir, en este caso el contenido del colon causante de la peritonitis, no se pudieron detectar y poner en marcha las medidas quirúrgicas adecuadas”.

2. Durante la instrucción del procedimiento, se ha incorporado al expediente diversa documentación relativa a los hechos denunciados, entre la que destaca el escrito de denuncia al Juzgado formulado por los interesados el 12 de noviembre del año 2004, por los hechos ocurridos en el Hospital “X”, que consideran constitutivos de delito o falta, y el escrito de un despacho de abogados, de fecha 20 de julio de 2005, en el que, “a efectos de interrumpir la prescripción”, se comunica a la Gerencia del centro en el que se prestó la asistencia sanitaria a la paciente fallecida que los familiares de la misma les han encomendado la reclamación de las responsabilidades a que hubiere lugar.

3. El día 21 de marzo de 2006, el Jefe del Servicio instructor solicita al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N.º 1 de Mieres una copia del auto judicial dictado, en su caso, en relación con los hechos denunciados.

Asimismo, requiere a la Dirección Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica de la paciente obrante en el mismo y un informe actualizado del Servicio de Cirugía General que la atendió.

4. Mediante escrito notificado a los interesados el día 22 de marzo de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias les comunica la recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará en el referido Servicio.

5. Con fecha 24 de marzo de 2006, el Jefe del Servicio instructor requiere a los reclamantes para que, en el "plazo de 10 días, a contar desde el siguiente al de la recepción de la presente notificación", acrediten su condición de causahabientes de la paciente fallecida.

6. Con fecha 3 de abril de 2006, el Gerente del Hospital "X" remite al órgano instructor una copia del historial clínico de la paciente fallecida, así como un informe del Jefe del Servicio de Cirugía de ese centro sanitario.

La historia clínica consta, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe de alta de hospitalización, emitido por el Servicio de Cirugía General del Hospital "X", en el que figura que la paciente ingresa el 23 de agosto de 2004 por "colelitiasis (citada de lista de espera para intervención programada)", que dicho día inician "la intervención por vía laparoscópica y ante la imposibilidad de progresar por presentar (...) lipomatosis intraabdominal, se decide laparotomía subcostal. Se realiza colecistectomía y herniorrafía umbilical". En cuanto a la evolución se indica que es asintomática, sin dolor, ni fiebre, que es al tercer día del posoperatorio, a las 2:15 horas, cuando "la paciente refiere dolor, que señala en fosa renal derecha, en ese momento el abdomen es blando y depresible, discretamente distendido y sin peritonismo y afebril./ Al día siguiente (...) se encuentra afebril, con abdomen blando (...). A las 13 horas (...) sufre hipotensión", por lo que se piden de urgencia diversas

pruebas, entre ellas una ecografía abdominal de la que resulta “no colecciones hepáticas (en lecho vesicular). No líquido libre (...), ni subhepático, ni goteras” y un hemograma en el que aparece una sepsis muy importante. Solicitan entonces, con carácter urgente, consulta al Servicio de Medicina Interna, quienes deciden su ingreso en la Unidad de Reanimación, donde la evolución es muy desfavorable, disponiéndose su traslado urgente a la UVI del Hospital “Y”.

b) Hojas de órdenes terapéuticas y de evolución del curso clínico de la paciente correspondientes a los días en que permaneció ingresada, destacando, tal y como refería el informe antes señalado, que el día 23 de agosto es intervenida; que evoluciona sin problemas, fiebre, ni dolor hasta el día 26, a las 2:15 horas, en que “se queja de dolor. Lo señala en fosa renal D.”; a las 14:15 horas de ese mismo día se anotan los resultados de la analítica, de la radiografía de tórax y de la ecografía abdominal y como “plan: TAC toraco-abdominal”, que no se llega a realizar; a las 20:00 horas, se avisa al 112 para traslado al HUCA por “shock séptico grave de probable origen abdominal”. c) Hoja de intervención quirúrgica del Servicio de Cirugía en la que se recoge “incisión sobre pequeña hernia umbilical (...). Introducción de trocar de Hadson”, presencia de “grandes lipomas que impiden progresar, por lo que se realiza laparotomía subcostal” derecha. d) Hoja de consentimiento informado para colecistectomía, firmado por la paciente el día 8 de julio de 2004, en el que se explica que es un procedimiento mediante el cual “se extirpa la vesícula biliar” y en él se describen las complicaciones que se pueden presentar, incluyendo, entre las graves y poco frecuentes: “hemorragia interna, fístula biliar o intestinal, colangitis (infección de los conductos biliares), estrechez de la vía biliar, infección intraabdominal, cálculos residuales en los conductos biliares, ictericia, pancreatitis. En la laparoscopia: lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares. Embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores”. Se indica, asimismo, que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente, incluyendo un

riesgo mínimo de mortalidad". e) Consentimiento informado para anestesia general.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital "X" se resume la historia clínica de la paciente, de 71 años de edad, en la que únicamente destaca, como "antecedentes personales", que ha sufrido un accidente cerebro vascular hace siete años, "por lo que seguía tratamiento con Adiro". Respecto a los hechos denunciados, afirma que la colecistectomía se realizó sin incidencias aparentes y que resultó más difícil de lo habitual por las adherencias descritas en la hoja quirúrgica. En cuanto al posoperatorio inmediato, indica que cursó sin incidencias y así, en las visitas médicas de los dos primeros días la paciente refiere encontrarse bien, sin que existan signos de patología alguna, constandingo en las hojas del curso clínico que "el abdomen es blando, depresible y no doloroso con peristalsis normal", y que incluso tolera bien alimentación líquida. Es en la madrugada del tercer día cuando manifiesta dolor, que reconoce en "fosa lumbar derecha". Por lo que se refiere a los dos puntos de sutura en el epiplón mayor, señala que "nada tienen que ver -como es obvio- con una perforación de víscera hueca". Concluye que la perforación del colon transversal encontrada en la necropsia puede haberse producido por las siguientes causas: "inadvertidamente durante el acto quirúrgico, hecho posible pero poco frecuente, ya que actuaban dos cirujanos expertos y ninguno de los dos (...) se percataron de la lesión (...). Tardíamente por una lesión térmica (...) por la utilización de bisturí eléctrico (...). Tardíamente por isquemia local en relación con alguna maniobra quirúrgica (...). Por la existencia de un divertículo en colon que se perforara en el posoperatorio" o por otras causas, como un "cuerpo extraño, impactación de fecalito".

El Jefe del Servicio de Cirugía insiste en su informe en que la atención de la paciente durante el posoperatorio fue correcta y exhaustiva; que ante el primer signo de alarma se realizan las pruebas necesarias para determinar la causa: análisis, que revelan una sepsis grave; radiografía de tórax, en la que se

aprecia una neumonía, y ecografía abdominal, que no demuestra colecciones ni presencia de líquido libre, por lo que en principio se descarta una peritonitis. Añade que se le iba a practicar un TAC toraco-abdominal, que podría haber detectado la complicación, pero la evolución fue fatal y no dio tiempo a realizarlo. Indica que la reintervención, en caso de haberse detectado una complicación en la ecografía, se habría llevado a cabo sin demora, aunque ya había pocas posibilidades de recuperar a la paciente.

Discrepa de las consideraciones del médico forense, ya que “el primer signo de alarma surge el día 3.º” y la ecografía abdominal no detectó líquido ni colecciones en el abdomen, por lo que el hallazgo de una posible neumonía justificaba el estado de la paciente, y, en contra de lo que se sostiene en el informe privado, afirma que “el abordaje subcostal es totalmente correcto”, que el drenaje no es preceptivo en estos casos y que su presencia no detecta necesariamente una peritonitis fecal. Concluye insistiendo en que los problemas de la paciente surgieron el mismo día de su fallecimiento.

7. Con fecha 31 de marzo de 2006, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias la documentación requerida por el Servicio instructor, consistente en copias compulsadas del documento nacional de identidad del esposo de la paciente fallecida, de los certificados de nacimiento de sus tres hijos y del testamento otorgado por la perjudicada.

8. El día 11 de abril de 2006, el Juzgado de Instrucción N.º 1 de Mieres remite escrito al Servicio instructor en el que se indica “que las diligencias se encuentran en fase de investigación, no habiéndose dictado resolución definitiva hasta la fecha”.

9. Con fecha 24 de abril de 2006, el órgano instructor notifica a los reclamantes la resolución dictada el día 18 de ese mismo mes en la que se acuerda la suspensión provisional del procedimiento administrativo, por estar en curso

actuaciones penales por los mismos hechos. Los interesados presentan recurso de reposición frente a ella el día 4 de mayo de 2006, que es desestimado por Resolución del Consejero de Salud y Servicios Sanitarios de 31 de julio de 2006.

10. Con fecha 9 de junio de 2006, una asesoría privada, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, según se indica en la propuesta de resolución, emite un informe suscrito por cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General y Cirugía Pediátrica. En él, tras realizar un resumen de los hechos y diversas consideraciones, concluyen que la técnica empleada para la intervención quirúrgica el día 23 de agosto de 2004 es correcta; que “tras comprobarse la existencia de múltiples adherencias y lipomatosis se decidió (...) la reconversión a cirugía abierta”; que la incisión subcostal “es la habitual cuando no se puede realizar la cirugía por vía laparoscópica”; que la paciente firmó previamente el documento de consentimiento informado “específico para colecistectomía y abordaje laparoscópico, en el que se especifica el riesgo, entre otros, de perforación intestinal y muerte”; que el posoperatorio es normal hasta la madrugada del tercer día, en el que, ante la sintomatología que presenta, se solicitan las pruebas pertinentes y se avisa al cirujano de guardia; que tras el resultado de la ecografía y la radiografía de tórax se diagnostica a la paciente de shock séptico de origen pulmonar; que se solicita un TAC que no se puede realizar por el exitus de la paciente; que en la literatura médica “la tasa de lesiones viscerales oscila entre el 0,16% y el 1%, según las series”, y que los profesionales intervinientes actuaron de acuerdo a la “lex artis”.

11. El día 30 de marzo de 2007, los perjudicados presentan un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que instan la continuación del procedimiento, al haber sido decretado el archivo de las diligencias penales abiertas en el Juzgado de Instrucción N.º 1 de Mieres. Acompañan copia de los autos judiciales dictados al efecto.

12. Con fecha 16 de abril de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación que concluye entendiendo que la reclamación deber ser desestimada. Analiza los hechos alegados, la descripción del daño y realiza un resumen de la asistencia sanitaria prestada a la paciente en el Hospital "X". En el apartado "valoración" manifiesta que, "como consta en la hoja quirúrgica, el caso no resultó apropiado para cirugía laparoscópica por la presencia de adherencias abdominales, confirmadas en el estudio necrópsico. En ningún momento los cirujanos se percataron de lesión visceral a distancia de la zona quirúrgica y se constata `revisión de hemostasia´ aplicando dos puntos en epiplón mayor, reconocidos en el estudio necrópsico, y que nada tienen que ver -como es obvio- con una perforación de víscera hueca".

Añade que en cuanto se le detecta a la paciente hipotensión se le realizan estudios urgentemente, revelándose una infección grave que "por los hallazgos de la radiografía de tórax y ecografía se atribuyen inicialmente a neumonía nosocomial". La evolución de la paciente no permitió reintervención, a pesar de haber sido solicitado un TAC toraco-abdominal para "aclarar más la situación por si era necesaria" aquella.

El inspector hace suyas las consideraciones del Jefe del Servicio de Cirugía acerca de las posibles causas de la perforación de colon. Por el contrario, discrepa de las conclusiones del médico forense, en cuanto que la complicación que surge no fue advertida en el acto quirúrgico, ya que "en ningún momento los cirujanos se percataron de tal lesión y no hubo el menor comentario al respecto en las sesiones clínicas diarias después de la cirugía y cambio de guardia". Además, a la vista de las notas diarias del curso clínico, "se puede apreciar que el primer signo de alarma surge el día 3.º y (...) se solicitan urgentemente los estudios pertinentes para determinar posibles complicaciones". Señala que "desgraciadamente la ecografía abdominal no detectó líquido ni colecciones en el abdomen y, por otra parte, el hallazgo de

una posible neumonía en la radiografía de tórax justificaba el estado de la paciente”.

13. Mediante escritos de 17 de abril de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) y de todo el expediente a la correduría de seguros.

14. Mediante escrito notificado a los interesados el día 30 de julio de 2007, se les comunica la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente.

Con fecha 17 de agosto de 2007, los reclamantes presentan alegaciones en las que insisten en el “inapropiado tratamiento quirúrgico”, pues si bien parten de que la técnica laparoscópica es la vía más adecuada para la colecistectomía, “los hechos demuestran que no fue debidamente realizada”, basándose en el informe privado que adjuntaron a su reclamación inicial. Manifiestan, asimismo, que no se tomaron las medidas adecuadas para atenuar las complicaciones que van surgiendo, ni “se dispusieron las medidas de control de las mismas”, ya que “no se procedió a la colocación de un drenaje”. Respecto a “las causas de la perforación del colon”, hacen hincapié en la existencia, a la luz de la pericial forense, de una herida intestinal en la que se procedieron a colocar puntos de sutura, y en la posibilidad de que exista cierto “interés en enmascarar la determinación cierta del motivo real de la aplicación de los puntos de sutura”, teniendo en cuenta que desde la clínica forense se solicitó al Hospital “Y” la “pieza anatómica completa” y que desde el citado hospital sólo se remitió una pieza recortada, añadiendo que la determinación de la causa de la perforación es labor probatoria que compete a la Administración; cuestión que ha incumplido “al exponer de una forma vaga e inconcreta una serie de posibles causas”. Aluden a la negligente actuación seguida durante el posoperatorio, pues, al surgir los primeros síntomas, se atribuyeron a una patología pulmonar en lugar de buscar un origen abdominal, “teniendo en

cuenta que la paciente había sido operada en la zona sólo dos días antes”, y, además, no se ha seguido el protocolo previsto en la hoja de consentimiento informado, en el que se recoge “la posibilidad de reintervención quirúrgica en caso de complicaciones”. Por último, alegan el “carácter sesgado del dictamen médico” realizado por la asesoría privada y solicitan su inadmisión.

15. Con fecha 27 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios eleva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En él recoge un relato de los hechos y unos razonamientos coincidentes con los efectuados en su informe por el Inspector de Prestaciones Sanitarias y por los autores del dictamen de la asesoría privada y concluye que la prestación sanitaria contra la que se reclama fue conforme a la *lex artis*.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de octubre de 2007, registrado de entrada el día 10 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, 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 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), están los interesados activamente legitimados 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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 6 de marzo de 2006, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 26 de agosto de 2004, lo que pudiera conducirnos a concluir que aquélla se encontraba fuera del plazo de un año legalmente determinado. Sin embargo, consta en el expediente un escrito de denuncia presentado por los interesados con fecha 12 de noviembre de 2004, dirigido al Juzgado de Instrucción N.º 1 de Mieres, que ha dado lugar a la instrucción de un procedimiento penal por los mismos hechos que ahora originan la reclamación administrativa; circunstancia que dio lugar a la Resolución de 18 de abril de 2006 disponiendo la suspensión del procedimiento administrativo, la cual se mantuvo tras resolver su impugnación por los interesados. El procedimiento penal concluyó con el Auto de 17 de enero de 2007 ordenando el archivo de las diligencias previas.

Al respecto, el artículo 146, apartado 2, de la LRJPAC establece que “La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”. El Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 16 de mayo de 2002, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª) ha sentado en relación con este precepto que su “adecuada interpretación (...) exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

En el presente caso, coincidiendo los sujetos intervinientes y los hechos enjuiciados en los órdenes penal y administrativo, consideramos interrumpido el cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial por la exigencia de responsabilidad penal, sin que pueda reconocerse tal eficacia interruptora al escrito de un despacho de abogados, de 20 de julio de 2005, que la invoca y que, por sí solo, carecería de los elementos esenciales para lograrla, al no poseer los de un acto de inicio del procedimiento administrativo. Por ello, partiendo de la fecha de inicio de las actuaciones penales, inconclusas en el momento de incoarse este procedimiento, hemos de entender que la reclamación se ejerce dentro del plazo legalmente establecido.

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.

Sin embargo, 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 de la Administración del Principado de Asturias el día 6 de marzo de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 10 de octubre de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado, aun con la suspensión operada. 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 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 del fallecimiento de la madre y esposa de los reclamantes, el día 26 de agosto de 2004, en un hospital de la red sanitaria pública por las complicaciones surgidas

tras la cirugía practicada a la misma, consistente en colecistectomía, el día 23 de ese mismo mes.

Consideramos acreditada la realidad y efectividad de un daño para los reclamantes, ya que, en la historia clínica y en los documentos incorporados al expediente, se constata la muerte de su esposa y madre en el hospital en el que se encontraba ingresada a los tres días de la intervención quirúrgica anteriormente mencionada.

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 y ha de juzgarse como antijurídico.

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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

Pues bien, debe comprobarse si las sucesivas actuaciones de la Administración sanitaria, desde el diagnóstico inicial hasta el posoperatorio, se realizaron o no con infracción de la *lex artis*. De los informes obrantes en el expediente se deduce que la causa del fallecimiento ha sido un shock séptico provocado por una peritonitis fecaloidea desencadenada por una perforación de colon. Lo que no queda aclarado es su origen, cuestión que resulta trascendental a efectos de verificar la certeza del diagnóstico inicial realizado a la paciente, la idoneidad de la intervención quirúrgica para producir ese resultado y la adecuación a la *lex artis* de las decisiones adoptadas durante el posoperatorio.

La asistencia sanitaria prestada a la paciente que finalmente fallece comienza por una intervención quirúrgica programada, cuya oportunidad no se discute, para el tratamiento de la colelitiasis que correctamente le ha sido diagnosticada. La operación se realiza el día 23 de agosto de 2004 en un hospital de la red sanitaria pública, previa firma de los documentos de consentimiento informado específicos para la colecistectomía y anestesia general. La cirugía señalada se inicia por vía laparoscópica y, ante la imposibilidad de progresar por dificultades sobrevenidas (presencia de lipomas, según la hoja de intervención quirúrgica emitida por el Servicio de Cirugía), se decide continuar con laparotomía subcostal derecha. No se pone en duda, a la vista de la documentación obrante en el expediente, el acierto de las técnicas

elegidas, sin perjuicio, como veremos, de que los reclamantes cuestionen la actuación de los profesionales intervinientes en ese momento.

Es en los estudios necrópsicos realizados para analizar cuál ha sido la causa de la muerte de la paciente donde se cuestiona la asistencia prestada a la misma en el momento de la intervención quirúrgica. Por un lado, del informe de autopsia elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Y", con fecha 24 de septiembre de 2004, se desprende que "en la zona correspondiente a la parte superior del epiplón (...) se observan dos puntos de sutura. En inmediata vecindad se encuentra el colon transversal donde se aprecia una solución de continuidad de la pared, formando una línea transversal de unos 2 cm", así como un hematoma de cinco centímetros de diámetro, para concluir que la paciente fallece por una "perforación de colon transversal que desencadena una peritonitis fecaloidea". Por otro, el informe médico-forense, de fecha 21 de febrero de 2005, destaca que, a la vista del informe de autopsia señalado, el hematoma y los dos puntos de sutura en la parte superior del epiplón no son un hallazgo esperado y normal en la intervención quirúrgica a la que ha sido sometida la paciente. Tratándose de una operación de vesícula, la perforación que le causa la muerte tiene lugar en el colon, y es aquí donde surgen las dudas, preguntándose el forense qué incidencia ha ocurrido en la operación, toda vez que "la colocación de los puntos de sutura indica, sin lugar a ninguna duda, que el hecho fue advertido y parcialmente solucionado en el acto quirúrgico". De este informe se infieren, además, otros dos datos importantes: el primero es que los puntos de sutura se hallan en "la parte superior del epiplón en inmediata vecindad con el colon transversal donde también hemos hallado la solución de continuidad que a la postre ha sido la fuente de infección peritoneal"; el segundo es que, a juicio del médico-forense, "resulta desdichadamente sorprendente que tal incidencia, con la gravedad que adquiere durante el posoperatorio tardío y que ha acabado con la vida de la paciente, no se haga constar en el único documento que transcribe todo lo acontecido en el acto quirúrgico".

Cuestionan los reclamantes, al hilo de lo anterior, tal y como asimismo se desprende del informe privado que aportan con su solicitud, la actuación de los profesionales actuantes en la intervención quirúrgica en el momento de realizar la incisión sobre la pequeña hernia umbilical y la introducción del trocar de Hadson, pues “pudo haberse producido la perforación de asas intestinales”. Estas dudas sobre el origen de la perforación del colon requieren, evidentemente, una evaluación técnica que permita determinar la idoneidad de la intervención quirúrgica para producir ese resultado.

En un segundo informe del médico-forense, de 20 de septiembre de 2005, se analizan tres posibles causas de la perforación del colon: una isquemia de colon, una impactación fecal o un divertículo. En relación con la primera, indica que “las lesiones histológicas compatibles con isquemia de la mesentérica han sido descartadas por el estudio anatomopatológico solicitado al INT-Madrid”. Respecto a la impactación fecal, niega dicha posibilidad basándose para ello en la que produciría “una perforación lineal de colon transversal de unos dos centímetros y (que) luego desaparece”. Finalmente, descarta el origen en un divertículo, al no existir patología previa en la paciente y resultar la lesión lineal incompatible con la etiología inflamatoria/isquémica. Además, el forense pone de manifiesto que el origen de la perforación colónica dejaría de ser una mera especulación “si se dispusiera, como fue solicitado desde esta clínica forense el 22/02/05, de la pieza anatómica completa y no lo que fue remitido por el Hospital “Y”, con área (...) recortada, justo en el lugar de asiento de los puntos y la herida intestinal. Igualmente ratificaría la intención de los puntos hallados”.

Dentro de la actividad probatoria desplegada por los reclamantes, se aporta un dictamen privado en el que, como ya hemos reseñado, se establece la posibilidad de que tal perforación fuera consecuencia de la introducción del trocar de Hadson en el momento de la intervención por laparoscopia.

Para aclarar estos hechos, el Jefe del Servicio de Cirugía manifiesta que los puntos de sutura “nada tienen que ver -como es obvio- con una perforación

de víscera hueca”; afirmación que se reproduce literalmente en el informe técnico de evaluación y en la propuesta de resolución, pero que nada clarifica al respecto, pues no justifica cuál ha sido la causa de aplicación de los mismos ni, por tanto, la incidencia ocurrida durante la intervención quirúrgica que los hizo necesarios. Sobre el origen de la perforación de colon, tanto el informe del mencionado Jefe de Servicio como el informe técnico de evaluación enumeran, dejando abierta la posibilidad de otras, hasta cinco causas posibles, de las cuales al menos tres están relacionadas con una intervención quirúrgica: “inadvertidamente durante el acto quirúrgico, hecho posible pero poco frecuente, ya que actuaban dos cirujanos expertos y ninguno de los dos” se percató de la lesión; “tardíamente por una lesión térmica (...) por la utilización de bisturí eléctrico”, y “tardíamente por isquemia local en relación con alguna maniobra quirúrgica”.

El informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la aseguradora de la Administración, omite toda referencia a la existencia de dichos puntos de sutura a la vista de la autopsia practicada a la paciente, pero reconoce como origen posible de la lesión un “daño inadvertido por el electrocoagulador. Puede producir una perforación intestinal diferida por necrosis de la pared. Éste parece ser el mecanismo de producción en este caso”, e incluye entre sus conclusiones que “la paciente presenta una complicación inherente a la técnica, de cuya posibilidad fue informada”.

Finalmente, en el documento de consentimiento informado para la colecistectomía firmado por la paciente se describía como complicación grave y poco frecuente de la laparoscopia la “lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares (...). Se ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad”.

Consecuencia de todo lo anterior es que existen varios datos que permitirían apreciar una relación de causalidad entre la intervención quirúrgica

y la perforación de colon que, en último término, ha sido causa de la muerte. En primer lugar, siendo cierto que los puntos de sutura aplicados durante la intervención no pertenecen al campo de la colecistectomía practicada, se entiende acreditado que se encontraron en una zona contigua a la perforación del colon y tanto aquéllos como ésta son riesgos típicos de la intervención laparoscópica iniciada. En segundo lugar, en todos los informes incorporados al expediente aparece la intervención quirúrgica como una de las causas posibles de la lesión intestinal, sin que las apuntadas por el Jefe del Servicio de Cirugía General y el informe técnico de evaluación (el divertículo de colon, la presencia de un cuerpo extraño o la impactación de fecalito) tengan fuerza explicativa suficiente para el caso concreto, al haberse planteado en abstracto, sin fundamento ni contraste alguno con el historial clínico de la paciente ni con los estudios necrósicos que le fueron realizados a la misma.

Corresponde, además, determinar si queda acreditada una violación de la *lex artis* en las actuaciones practicadas durante el posoperatorio. Al respecto, cabe señalar que el posoperatorio inicial es normal. Así, el informe del Jefe del Servicio de Cirugía destaca que los dos primeros días la paciente manifiesta encontrarse bien y que no es hasta la madrugada del tercer día cuando refiere dolor, solicitándose entonces la realización de diversas pruebas, cuyos resultados obran en las hojas de curso clínico de dicho día, en las anotaciones correspondientes a las 14:15 horas, como son un análisis de sangre que revela una sepsis importante, una radiografía de tórax en la que se aprecia que padece una neumonía y una ecografía abdominal que no demuestra signo de alarma, por lo que, en principio, “se descarta una peritonitis”. Se solicita un “TAC toraco-abdominal” que no llega a realizarse por la mala evolución de la enferma. A las 20:00 horas del citado día se ordena su traslado urgente al Hospital “Y”, ante la impresión de un “shock séptico grave de probable origen abdominal”, produciéndose durante dicho traslado el fallecimiento de la paciente.

A efectos de comprobar la adecuación de estas actuaciones de la Administración sanitaria a la *lex artis* deben considerarse las pruebas diagnósticas realizadas ante los síntomas referidos. Como se desprende de las hojas de curso clínico, a las 13:00 horas del día 26 de agosto, se solicita una analítica, una radiografía de tórax y una ECO de abdomen; a las 14:00 horas se pide consulta urgente a Medicina Interna que, a la vista de los resultados de las pruebas realizadas, diagnostica un shock séptico, solicitando la realización de un TAC torácico-abdominal; a las 16:45 horas vuelve a constar la solicitud del citado TAC y el especialista de Medicina Interna “impresiona de patología abdominal y shock séptico (secundario) (...). Valorada por C. General no les impresiona de p. abdominal subsidiaria de cirugía”. A las 20:00 horas del mismo día se da aviso a la UVI para su traslado al Hospital “Y”, produciéndose el mismo a las 21:00 horas, donde la paciente fallece.

Respecto a la actuación llevada a cabo por los profesionales sanitarios durante el posoperatorio, se afirma por los reclamantes que ha sido negligente, añadiendo que ha habido un error en el diagnóstico, por considerar, al surgir los primeros síntomas, que se trataba de una patología pulmonar en lugar de buscar un origen abdominal. Parece incuestionable que la realización del TAC hubiera sido determinante para un correcto diagnóstico, reconociéndose en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía y en el informe técnico de evaluación que fue solicitado TAC toraco-abdominal para “aclarar más la situación por si era necesaria una reintervención” y que la citada prueba “probablemente hubiera detectado la complicación pero la evolución fue fatal y no hubo tiempo a realizarlo”. También admiten ambos informes que, con las pruebas previamente practicadas a la paciente, la infección se atribuyó inicialmente a una neumonía nosocomial porque los datos aportados por la ecografía realizada permitían descartar una peritonitis.

Sin embargo, varios factores deben ser tenidos en cuenta a efectos de valorar la corrección de la actuación médica: el TAC aparece anotado en la hoja de curso clínico desde la 14:15 h sin que éste hubiera sido realizado a las 20:00

h, momento en el que se decidió el traslado de la paciente al Hospital "Y". En esa misma hoja, a las 16:45 h, Medicina Interna hizo constar ya un diagnóstico de patología abdominal, sin que ello hiciera sospechar al Servicio de Cirugía General que podía tratarse de una complicación derivada de la intervención quirúrgica. Es precisamente la actitud de este último Servicio la que resulta más sorprendente si, retomando los datos ya expuestos, se relaciona el incidente surgido durante la intervención con la aplicación de los puntos de sutura, próximos al lugar de perforación del colon, y que además las lesiones intestinales figuran como una de las complicaciones posibles de la laparoscopia en el documento de consentimiento informado para la colecistectomía, para las cuales está prescrita, en su caso, la reintervención.

Todo ello, nos lleva a concluir que, si bien es cierto que no se ha probado de forma indubitada que se haya producido una infracción de la *lex artis* en la atención prestada a la paciente, la Administración sanitaria no ha aportado elementos de juicio que nos permitan alcanzar la convicción contraria, es decir, la del correcto proceder de los profesionales intervinientes. Además, los informes emitidos ponen de manifiesto que la ausencia de una exhaustiva explicación sobre los hechos acaecidos durante la intervención quirúrgica, sin hacer constar la aplicación de tales puntos de sutura en el informe de la intervención, y la no remisión de las muestras anatómicas completas, que habrían sido necesarias para un más certero estudio necrópsico, han dificultado, en la práctica, la actividad probatoria que correspondería realizar a los reclamantes.

Apreciada, por tanto, una relación de causalidad entre la actuación de la Administración sanitaria y la perforación de colon de la paciente, resta únicamente por comprobar si el ya citado consentimiento informado para la colecistectomía elimina la antijuridicidad del daño, debiendo la víctima soportar las consecuencias del mismo. La cuestión debe responderse de forma negativa. Por una parte, la complicación descrita, que aparece como grave pero poco frecuente, hubiera requerido una actuación justificativa y probatoria de la

Administración sanitaria que no se corresponde en absoluto con la efectuada. Por otra, incluso con consentimiento informado, el daño sufrido por la paciente en las circunstancias concurrentes resulta desproporcionado. Al respecto, apelamos a la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de diciembre de 2003 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), que analizando las secuelas de una operación que tenía por objeto corregir una colelitiasis, como en este caso, concluye “que la inicial intervención quirúrgica practicada desencadenó unas consecuencias para la salud de la enferma desmesuradas y que ésta no estaba obligada a soportar porque fueron mucho más allá de lo previsible, y tuvieron su origen como destaca el perito en la operación realizada”. Consideramos, por tanto, que el daño sufrido es antijurídico.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño producido, procede valorar la cuantía reclamada.

Los interesados solicitan una indemnización por importe de noventa mil doscientos ochenta euros (90.280 €), más los intereses legales que se hubieren devengado en el momento del pago, sin explicación sobre cuál ha sido el sistema utilizado para su cálculo. No obstante, constatamos que dicha cantidad deriva de la aplicación del baremo establecido al efecto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en las cuantías vigentes en el momento en que la lesión efectivamente se produjo, que, si bien no es de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos.

Ahora bien, los reclamantes pretenden su actualización con referencia al interés legal, criterio éste que resulta contrario al establecido en el artículo 141.3 de la LRJPAC, según el cual la cuantía de la indemnización se actualizará “con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de

Estadística”, y que es el que se toma en consideración para la aplicación del citado baremo.

Así pues, teniendo en cuenta la edad de la fallecida (esposa y madre de los reclamantes), 71 años, y aplicando la versión actualizada del baremo mencionado (Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de 20 de enero de 2009), al cónyuge le corresponde una cuantía de 78.628,14 € y a cada hijo mayor de 25 años 8.736,46 €. Por tanto, el importe total de la indemnización asciende a ciento cuatro mil ochocientos treinta y siete euros con cincuenta y dos céntimos (104.837,52 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando la reclamación presentada por, indemnizar a cada uno en los términos expresados.”

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.