

Expediente Núm. 137/2010
Dictamen Núm. 135/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
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 14 de abril de 2011, 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 28 de abril de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños y perjuicios ocasionados por la asistencia prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de junio de 2009, los interesados presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposa, madre e hija, respectivamente, que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital “X”.

Refieren que en enero de 2009 se le detecta a su pariente un tumor en el riñón izquierdo y, tras realizarle las pruebas oportunas, se le recomienda intervención quirúrgica y se le prescribe tratamiento anticoagulante. Manifiestan

que se les “informa de que el tumor (...) afecta a grandes vasos, por lo cual en la intervención participará, además del urólogo (...), un equipo de vascular para que ellos intervengan en lo que compete a su especialidad” y que el día 27 de febrero el cirujano que identifican les indica que “prescindiría del equipo de vascular, pues consideraba que no iba a ser necesario. Textualmente dijo ‘que lo iban a hacer solos (...) y que él asumía la responsabilidad’”.

Exponen que “ingresa para intervención programada de nefrectomía total izquierda + cavotomía + extracción del trombo tumoral”, que se realiza el día 3, y que durante la misma la paciente, “según se les informó, sufrió tres paradas cardiorrespiratorias, con gran pérdida de sangre por hemorragia (...), y finalmente (...) falleció”.

A su juicio, “no se utilizaron los medios necesarios para intentar evitar el fatal desenlace, como que interviniese el equipo de vascular inicialmente previsto, o intervenir a la paciente con hipotermia y circulación extracorpórea”, medios que existen en el Hospital “Y” y que “tampoco se pidió ayuda (...) al surgir las (...) complicaciones al equipo de vascular que en ese mismo momento se hallaba en el quirófano de al lado”.

Reprochan que la información del fallecimiento se les haya dado “a la puerta del quirófano, de pie, sin sitio para sentarse ante el impacto de lo transmitido, y en presencia de (...) personas ajenas” y que fueron informados por el personal del equipo y no por el cirujano, que “a día de hoy (...) no ha hablado con la familia”.

Solicitan, “a la espera de ver el historial (...) completa, con la documentación de quirófano”, una indemnización por importe total de 148.519,82 €: 8.736,46 € para la hija mayor de 25 años, 17.472,92 € para la hija menor de 25 años, 104.837,52 € para el viudo y 8.736,46 € para cada padre, “habida cuenta de que ambos son mayores de 66 y menores de 80 años,”. Finalmente, ofrecen la posibilidad de llegar a un acuerdo indemnizatorio.

2. El día 16 de julio de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, les requiere “para acreditar su condición como derechohabientes de la perjudicada fallecida” en el plazo de diez días.

3. Con fecha 23 de julio de 2009, el primer reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que manifiesta que aporta la documentación requerida, consistente en certificación literal de nacimiento de la fallecida, en la que constan como padres los dos últimos reclamantes; certificación literal del matrimonio de la misma, de la que resulta que el primer reclamante fue su esposo; certificaciones literales de nacimiento de la segunda y tercera reclamantes, de las que se desprende su condición de hijas de la fallecida.

4. Mediante oficio datado el 28 de julio de 2009, el Gerente del Hospital de “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente, y un informe de los Servicios de Urología y Anestesiología.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de anestesia, datada el 3 de marzo de 2009, en la que consta, como incidencias, “disociación electromecánica casi repentina, sin coincidir con sangrado abundante (...) normoventilación. Se inician maniobras RCP avanzada, transfusión hemoderivados, inotrópicos, etc., infructuosas./ Sospecha de TEP y posterior CID”, y como valoración anestésica preinducción “gran masa en riñón izdo. (17 cm). Trombosis v. renal izda. y v. cava inf. (protrusión de un trombo en la luz de cava inferior)”. b) Hoja de protocolo quirúrgico, en la que figura anotado “apertura de planos. Apertura del peritoneo. La masa se palpa ya antes de realizar la incisión (...). Linfadenectomía interaorto-cava de cadena ganglionar para poder liberar la vena renal izda. ocupada por el trombo (...). Liberación con dificultad de la cava suprarrenal y colocación de vaseoloop. No se

puede liberar mucho porque nos dificulta la vesícula biliar (...). Intentamos localizar la arteria renal izq., pero es imposible porque la vena renal izq. está muy aumentada de tamaño y ocupada por el trombo. Vamos al ángulo de Treitz (...), pero tampoco es posible por la dificultad de la vena./ Decidimos abrir línea de Told del lado izq.. Liberación del colon descendente con dificultad por la gran masa de consistencia dura. Liberación del polo superior del páncreas y localización de la arteria renal izq. por debajo de la vena. Ligadura y sección de la arteria renal única./ Anestesia avisa que la enferma se encuentra mal y ha hecho una parada. Dejamos de intervenir y Anestesia reanima a la enferma./ Continuamos realizando el circuito venoso de la cava y la vena renal dcha. Apertura de la cava (...). Extracción de la punta del trombo. Ligadura de la vena renal. Sutura de la cava (...). Desclampage (...) vaseloop comprobando estanqueidad de la cava./ Avisa de nuevo Anestesia que la paciente tiene una 2ª parada y se encuentra muy mal. Se vuelve a reanimar al cabo de $\pm \frac{3}{4}$ de hora./ Decidimos no hacer la extracción de la pieza (estaban ligadas arteria y vena) para en el supuesto (de) que la enferma se recuperara hacer reintervención posterior./ Cuando comenzamos a cerrar la enferma hace una 3ª parada que, a pesar de los intentos del Servicio de Anestesia (...) es exitus./ Se informa a la familia durante toda la intervención en 4 ocasiones". c) Informe del Servicio de Urología, fechado el 13 de marzo de 2009, en el que se refleja el ingreso de la paciente el día 1 de marzo de 2009 y exitus el día 3 del mismo mes. En él consta que ingresa para intervención quirúrgica de hipernefoma renal izdo., que se le realizaron diversas pruebas para estudio de la masa (ecografía abdominal, que muestra una "masa renal izda. con crecimiento retroperitoneal y probable compromiso venoso"; TC abdominal, en el que se observa "gran masa renal izda. dependiente del polo inferior de 17 cm de diámetro, con extensión hacia la cavidad pélvica, acercándose a pelvis ósea, compatible con proceso neoplásico. Importante circulación colateral peri-renal con grandes vasos venosos. Trombosis total de la vena renal izda. introduciéndose el trombo en la vena cava. Adenopatías en región interaortocava. Miomas uterinos. Resto de estructuras retroperitoneales sin

hallazgos significativos”; gammagrafía ósea, que arroja un resultado “negativo para metástasis óseas”; ecografía de vena cava inferior que confirma la trombosis tumoral total de la vena renal izda. con protrusión del trombo en la luz de la cava inferior de unos 2-3 cm. Venas ilíacas permeables en el trayecto visualizado”), y que “con fecha 3-3-09 se realiza intervención quirúrgica para nefrectomía total izda. + cavotomía + extracción del trombo tumoral”. Se señala que durante la intervención la paciente “presenta una parada cardiorrespiratoria” que el Servicio de Anestesiología “resuelve (...), una segunda (...) y, posteriormente, una tercera parada cardiorrespiratoria, siendo imposible su reanimación y siendo exitus intra-operatoriamente”. Consigna como resultado de la biopsia intraoperatoria de la vena renal “infiltración por carcinoma renal de células basófilas con diferenciación papilar grado 2 de Fuhrman. Linfadenitis reactiva con histiocitosis sinusal”.

El informe del Servicio de Urología, datado el 24 de julio de 2009, menciona que “en la información de la intervención la semana anterior (27 de febrero) se les explicó a la paciente y a un familiar que el caso era muy importante, difícil, complicado y con muchos riesgos intra y posoperatorios. Incluso se les señaló la posibilidad de que el tumor fuera inextirpable”. Por lo que se refiere a la intervención, indica que “las dificultades de localización de la arteria renal izda., dado el gran tamaño de la masa renal, fueron muy importantes, teniendo que emplear varias vías de abordaje” para cliparla; que “la paciente tuvo 3 paradas cardiorrespiratorias. De las 2 primeras (...) pudo remontar. Cuando ya teníamos la arteria renal y la vena renal izdas. ligadas, así como suturada la vena cava y nos disponíamos a cerrar la herida operatoria, la paciente falleció”. Afirma que “todo el equipo que actuó en la intervención tiene capacidad demostrada y profesionalidad para realizar este tipo de operaciones. La patología de las masas renales es cirugía de la especialidad de Urología./ Durante toda la intervención la familia estuvo permanentemente informada de la evolución de la paciente, ya que se salió a informar puntualmente en 4 ocasiones, tres de ellas yo mismo”, y la otra el doctor que identifica. Añade que “se solicitó la autopsia de la fallecida y la familia no la autorizó”.

Con fecha 28 de julio de 2009, el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor emite informe de exitus. En él señala que la intervención se llevó a cabo “con estudios preoperatorios en orden, inicio inducción anestésica el día 3-3-09, realizando una anestesia general combinada con analgesia epidural y monitorizando presiones venosas centrales mediante catéter en vena yugular y presiones arteriales invasivas, ante la dificultad quirúrgica del caso”.

Aclara que con posterioridad a la reanimación de una parada cardíaca previa, de la que sale “con gran apoyo de drogas inotrópicas y vasoactivas”, se decide “conjuntamente seguir la operación para hacer hemostasia y dejar el campo quirúrgico en condiciones para poder cerrar y posponer la cirugía hasta ver la evolución de la paciente, pero resulta imposible porque (...) vuelve a pararse. A pesar de maniobras de reanimación, inotrópicos y vasodilatadores no es posible reanimarla, además se añade una hemorragia, probablemente secundaria a coagulación intravascular diseminada, que no se puede controlar con transfusión de hemoderivados. Fallece”. Como conclusión establece “posible tromboembolismo pulmonar masivo con fallo de ventrículo derecho y posterior coagulación intravascular diseminada”.

5. Con fecha 6 de noviembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “aun no pudiendo comprobar la causa exacta del exitus, por negativa familiar a realizar la autopsia, Anestesia cree como diagnóstico posible (el) de tromboembolismo pulmonar y CID” y que “está generalmente descrita en la bibliografía consultada que entre los principales factores de riesgo de la hipercoagulabilidad y posibilidad de tromboembolismo se encuentran los pacientes que son tratados con cirugía mayor, así como el propio diagnóstico de neoplasia renal./ La presencia de sangrado profuso y brusco descenso de la presión sanguínea está descrita en publicaciones científicas atribuyendo la microangiopatía trombótica y la coagulación intravascular durante el procedimiento quirúrgico a la manipulación tumoral, siendo esta el factor

precipitante./ En series amplias de pacientes con afectación de la vena cava inferior se concluye que la utilización de técnicas quirúrgicas agresivas puede ser la única posibilidad de curación o de disminuir la afectación; en una serie de 29 pacientes se registraron dos muertes prematuras (6,9%) uno de los fallecimientos se produjo por coagulopatía intraoperatoria./ Las técnicas de reanimación cardiopulmonar ensayadas por el equipo de Anestesia finalmente infructuosas son las habitualmente utilizadas en los casos de tromboembolismo pulmonar y fallo del corazón derecho, seguido de hemorragia masiva por coagulación intravascular diseminada asociada". Concluye que "la actuación del Servicio de Urología y del Servicio de Anestesia ante las complicaciones surgidas en la intervención (...), a pesar del resultado de exitus de la misma, se ajustaba a una correcta *lex artis*, habiendo empleado los medios técnicos exigibles en estos casos" y propone la desestimación de la reclamación.

6. Mediante sendos escritos de 26 de noviembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, según se hace constar en la propuesta de resolución, datado el 17 de diciembre de 2009 y suscrito por un especialista en Urología. En él indica que "el tumor de riñón tiene tendencia a extenderse a través del sistema venoso central, formando un trombo tumoral (no hemático). Señala que "el pronóstico en estos casos dependerá del nivel de afectación del trombo tumoral (...). Cuando un paciente presenta un tumor de riñón con extensión en el sistema venoso central existe un riesgo de fragmentación espontánea del trombo tumoral. Este trombo viajará por la vena cava inferior a la aurícula derecha, luego al ventrículo derecho y penetrará en la arteria pulmonar (...). Esto originará un tromboembolismo pulmonar cuya gravedad dependerá del calibre de la o las

arterias afectadas (arteria pulmonar o sus ramas), pudiendo ser la causa de muerte fulminante por parada cardiorrespiratoria./ En los pacientes sin afectación ganglionar ni metástasis a distancia estaría indicada la cirugía de exéresis. Cuando existe afectación ganglionar o metástasis a distancia la nefrectomía se considera solo paliativa./ Cuando el nivel del trombo tumoral es I o II se realizará una nefrectomía con apertura de la vena cava (cavotomía) y extracción del trombo. En los niveles III y IV será necesaria la colaboración de los cirujanos cardíacos para establecer un by-pass cardiopulmonar./ Las complicaciones más importantes intraoperatorias son la hemorragia y la fragmentación del trombo tumoral que producirá un tromboembolismo pulmonar. La mortalidad perioperatoria oscila entre el 4% y el 13%, incrementándose al 20% cuando existe extensión del trombo tumoral a la aurícula derecha". Concluye que "la paciente fue correctamente diagnosticada de neoformación renal izquierda de gran tamaño con trombosis tumoral en la vena renal, protruyendo en la vena cava (...). Correctamente se indicó la cirugía de exéresis, al no presentar afectación ganglionar ni metástasis a distancia (...). Cuando el nivel del trombo es I o II no es necesaria la colaboración de los cirujanos cardíacos, ya que el clampaje de la vena cava inferior se realizará dentro del abdomen (...). La técnica quirúrgica fue la correcta, controlándose primero la vena cava y posterior ligadura-sección de la arteria renal izquierda (...). El acto quirúrgico fue dificultoso debido al gran volumen tumoral y a la existencia del trombo en la vena renal, lo que dificultó en extremo la ligadura-sección de la arteria renal (...). Durante el acto quirúrgico la paciente presentó 3 paradas cardiorrespiratorias por probable tromboembolismo pulmonar. Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada, recuperándose de las dos primeras, pero no de la 3ª, siendo exitus (...). La cirugía del tumor renal con trombo en cava es una cirugía compleja, gravada con una mortalidad perioperatoria estimada en el 4-13%".

8. Con fecha 6 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la apertura del

trámite de audiencia por un plazo de quince días. El día 11 de marzo de 2010, el primero de ellos se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento sesenta y nueve (169) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Mediante escrito presentado en una oficina de correos el día 23 de marzo de 2010, los reclamantes formulan alegaciones en las que dan por reproducido lo manifestado en su reclamación inicial y se remiten al informe médico de la asesoría, del que se desprende que su familiar “fue intervenida de hipernefroma con trombosis de vena renal izquierda que alcanza cava inferior./ que contaba con 49 años (...) y no tenía otras dolencias./ Que la intervención se realiza exclusivamente por urólogo./ Que la paciente fallece en el curso de la operación en el propio quirófano./ Que todo esto no es ni necesario ni inevitable en la intervención que se programó”, por lo que reiteran su reclamación así como la posibilidad de llegar a un acuerdo indemnizatorio.

9. El día 14 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

10. Mediante oficio de 15 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias una “copia foliada, indexada y autenticada del expediente” para su remisión al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias. Dicha copia había sido solicitada el día 8 de abril de 2010, al admitirse a trámite el recurso contencioso-administrativo interpuesto por los aquí reclamantes contra la desestimación presunta de la solicitud de indemnización.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de abril de 2010, registrado de entrada el día 4 de mayo de 2010, 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 23 de junio de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 3 de marzo del mismo año, por lo que es claro que fue formulada 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.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento

judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- Los reclamantes interesan una indemnización por el fallecimiento de quien fue su esposa, madre e hija, respectivamente, y que atribuyen a la asistencia sanitaria que se le dispensó en un hospital público.

Consta el fallecimiento de la pariente de los reclamantes el día 3 de marzo de 2009, y, si bien no se ha especificado la naturaleza y el alcance de los daños sufridos por los interesados, podemos presumir un daño moral efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica.

También consta que el fallecimiento se produjo durante una intervención quirúrgica para la extracción de un tumor renal con compromiso venoso, tras sufrir la paciente 3 paradas cardiorrespiratorias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso 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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Los perjudicados consideran que no se utilizaron los medios necesarios para intentar evitar el fatal desenlace e indican la posibilidad de que interviniera el equipo de vascular del propio hospital público, bien desde el principio o tras las complicaciones, o la de realizar la intervención con hipotermia y circulación extracorpórea, para lo cual hay medios en otro hospital de la red pública. También reprochan la forma en que fueron informados de la muerte.

Sin embargo, los interesados no han aportado ninguna prueba de que la actuación de los facultativos intervinientes en el caso haya sido incorrecta y sus alegaciones no evidencian infracción alguna de a la *lex artis*.

En efecto, la eventual existencia de otras técnicas quirúrgicas no acredita la inadecuación de la utilizada y, por otro lado, no se ha probado que la propuesta por los reclamantes estuviera indicada para la intervención que se realizó, que no afectó al tórax.

El especialista en Urología afirma que cuando el nivel del trombo es I o II, como en este caso (hay protrusión del trombo en la luz de la cava, de unos 2-3 cm), no es necesaria la colaboración de los cirujanos cardíacos, ya que el clampaje de la vena cava inferior se realiza dentro del abdomen, por lo que la realización de la intervención solo por el equipo de Urología no pone de manifiesto la falta de medios que aducen los interesados.

Además, hay constancia en el expediente de que el tumor de la paciente era de gran tamaño -unos 17 cm de diámetro- y que la vena renal presentaba trombosis total, lo que dificultaba las maniobras quirúrgicas. El especialista en Urología sostiene que las complicaciones intraoperatorias en los casos de tumor renal extendido por el sistema venoso son la hemorragia y la fragmentación del trombo tumoral, que producirá un tromboembolismo pulmonar, posible causa del fallecimiento, según el Servicio de Anestesiología. El informe técnico de evaluación también hace referencia a la neoplasia renal como factor de riesgo de la hipercoagulabilidad y posibilidad de tromboembolismo, y consigna la manipulación tumoral como factor precipitante del sangrado profuso y la coagulación intravascular.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por el especialista en Urología avalan la actuación de los facultativos que actuaron en este proceso, tanto en la realización de la intervención como ante las complicaciones que aparecieron; de hecho, la paciente superó 2 paradas cardiorrespiratorias. Por otra parte, el especialista en Urología añade que la cirugía de exéresis estaba correctamente indicada.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre el fallecimiento de la pariente de los reclamantes y la asistencia sanitaria que se le dispensó, pues aquel desenlace fue debido a las complicaciones quirúrgicas inherentes al gran tumor renal que presentaba.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

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.