

Expediente Núm. 192/2010
Dictamen Núm. 221/2011

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
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de junio 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 12 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida por el esposo y padre de sus representadas.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de septiembre de 2009, el representante legal de las interesadas presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre de estas, respectivamente, como consecuencia

de lo que considera una negligente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Relata que el fallecido, de 45 años de edad, totalmente asintomático y que hacía una “vida completamente normal”, consultó el día 8 de abril de 2009 con el Servicio del Aparato Digestivo del Hospital “por incremento del número de deposiciones desde hacía aproximadamente un año sin ninguna otra sintomatología”, que se diagnosticó como “presencia de enfermedad inflamatoria intestinal, probablemente del tipo de colitis ulcerosa”, por lo que el día 28 de abril siguiente se efectuó una colonoscopia “que objetivó una poliposis múltiple de más de 100 pólipos, con biopsias seriadas que resultaron adenomas vellosos”. Posteriormente, se le realizaron otras dos colonoscopias extirpándosele “20 pólipos en ampolla rectal”, siendo el resultado histológico de las mismas “adenomas vellosos”. Se destaca que “el paciente carecía de antecedentes familiares de carcinoma de colon”.

Continúa señalando que “el día 18 de junio de 2009 el paciente fue intervenido quirúrgicamente, practicándole una colectomía total con anastomosis íleo-rectal latero-terminal por vía laparoscópica”. Sostiene que el enfermo “jamás fue informado ni oralmente ni por escrito de las ventajas e inconvenientes de esta intervención quirúrgica, teniendo en cuenta que todas las biopsias efectuadas mostraban lesiones de carácter benigno (...), que no presentaba antecedentes familiares de carcinoma de colon y (que) no había sido sometido a estudio genético alguno que mostrara un incremento de probabilidad ulterior de desarrollar un cáncer de colon”. Refiere que “el periodo posoperatorio fue tórpido, con control difícil del dolor a pesar de analgesia de catéter epidural”; al cuarto día de la operación “el paciente presentó un pico febril de 39,8° C, vómitos en posos de café y distensión abdominal, con leucopenia y desviación a la izquierda”. Tuvo que ser reintervenido quirúrgicamente el día 22 de junio de 2009, produciéndose en la inducción anestésica “un episodio de broncoaspiración importante que a las pocas horas produjo un grave cuadro de distress respiratorio con inestabilidad

hemodinámica que precisó ventilación mecánica y uso de fármacos vasoactivos. En menos de 48 horas evolucionó a fallo multiorgánico”, por lo que se decidió el envío a la UCI de otro centro hospitalario, presentando “en el traslado al helipuerto cuadro de asistolia refractaria a las medidas de resucitación cardiopulmonar durante 30 minutos. El paciente falleció a las 12 horas del día 25 de junio de 2009”. Practicada autopsia clínica arrojó los diagnósticos finales de “poliposis de colon”, “sepsis de origen respiratorio”, “broncoaspiración y distress respiratorio” y “fallo multiorgánico”.

Considera que, tras analizar el historial clínico del fallecido, “se puede comprobar que durante la reintervención quirúrgica, a pesar de la constatación de íleo paralítico del mismo, la inducción anestésica se practicó sin haber introducido previamente una sonda nasogástrica” y que, como es natural en esas circunstancias, “se produjo una broncoaspiración masiva que acabó con la vida del paciente”.

Solicita que “se declare la responsabilidad de la Administración en la anormal atención prestada” al enfermo y se indemnice a sus mandantes en la cuantía de ciento cincuenta y seis mil doscientos sesenta euros (156.260 €) que corresponderían a la esposa y noventa mil ciento cincuenta euros (90.150 €) a la hija del fallecido.

Adjunta a la reclamación copia de los siguientes documentos: a) Escritura de poder para pleitos otorgada a favor del reclamante. b) Diversas hojas de curso clínico pertenecientes al historial del fallecido. c) Informe de autopsias del Servicio de Anatomía Patológica del hospital, de fecha 13 de julio de 2009. d) Informe clínico, suscrito por el Jefe del Servicio de Cirugía General el día 17 de julio de 2009.

2. Mediante escrito de 25 de septiembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del centro hospitalario una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe

del Servicio que prestó la asistencia sobre el concreto contenido de la reclamación presentada, petición que se reitera el día 28 de diciembre de 2009.

3. Con fecha 1 de octubre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de entrada de su reclamación en el 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.

4. El día 7 de enero de 2010, el Gerente del hospital remite al Servicio instructor los informes interesados y una copia de la historia clínica del paciente, integrada, entre otros, por los siguientes documentos: a) Orden de interconsulta, emitida el 17 de febrero de 2009 por el centro de salud de adscripción del paciente, con solicitud de diagnóstico y tratamiento de un proceso diarreico de un año de evolución. b) Hoja de consulta del Servicio de Digestivo del hospital, de fecha 6 de abril de 2009, con un juicio clínico de "enfermedad inflamatoria. Colitis ul." y solicitud de pruebas, entre ellas, una colonoscopia. c) Hoja de "consentimiento informado para colonoscopia con o sin polipeptomía", rubricada por el enfermo el 16 de abril de 2009. d) Informe de la colonoscopia practicada el 28 de abril de 2009, con el diagnóstico de "poliposis cólica múltiple" (más de 100 pólipos), que resultan, tras biopsia aleatoria de alguno de ellos, adenomas vellosos. e) Diversas analíticas clínicas. f) Parte de consulta y hospitalización, de 8 de mayo de 2009, con indicación de ingreso en el Servicio de Cirugía para el día 13 del mismo mes. g) Hojas de consentimiento informado para "colonoscopia con o sin polipeptomía" y para "gastroscopia", suscritas por el paciente el 8 de mayo de 2009. h) Certificado de "consentimiento expreso" para "procedimientos diagnósticos que conllevan inyección I. V. de medios de contraste (TAC y UIV)", rubricado el 14 de mayo de 2009. i) Informe de alta hospitalaria, de 14 de mayo de 2009, tras ingreso el día anterior para realizar preoperatorio, TAC abdominal y gastroscopia -que

resultan normales- y colonoscopia, efectuándose “polipectomía de 12 adenomas serrados sesiles en ampolla rectal”. j) Informe de colonoscopia con polipectomía, de fecha 2 de junio de 2009, en la que se “revisa ampolla rectal y se extirpan 2 pólipos pequeños a unos 10 cm sesiles, otro más plano a unos 6-7 cm y otro mayor a unos 12 cm”, por lo que “queda sin pólipos una ampolla rectal de unos 12 cm”. k) Certificado de consentimiento expreso para cirugía de colon y recto y hoja de consentimiento informado para la realización de anestesia general, firmadas por el enfermo los días 9 y 17 de junio de 2009. l) Informe clínico del Jefe del Servicio de Cirugía General en el que, tras afirmar que “se objetiva una poliposis extensa”, añade que los estudios preoperatorios, “incluyendo exploración física, analítica completa, estudio de coagulación, ECG, espirometría, radiología de tórax, TC abdominal y endoscopia digestiva alta, no presentan otras alteraciones significativas”. m) Hoja relativa a la intervención quirúrgica de “colectomía total laparoscópica”, con descripción de la operación practicada con fecha 18 de junio de 2009. n) Hojas de observaciones de enfermería y de curso médico, comprensivas de la evolución del paciente tras la intervención, con anotaciones favorables los dos primeros días e indicación de aumento de dolor, vómitos, y pico febril los posteriores. El 22 de junio de 2009 se registra petición y realización de TAC abdominal, con resultado de “no líquido libre, no fugas en anastomosis, no colecciones abdominales”, y se pautan antibióticos. A las 20:00 horas se apunta “informo a paciente y familia, recomendando laparotomía exploradora por sepsis” y a las 23:00 horas se anota “intervención”. ñ) Numerosas analíticas. o) Consentimiento informado para cirugía de urgencia, en el que se indica que, en este caso y momento, “pensamos que el diagnóstico probable es sepsis de origen abdominal”, rubricado por el enfermo el 22 de junio de 2009, y hoja de consentimiento informado para anestesia general, también firmada por este, aunque no está datada. p) Hoja de intervención quirúrgica de laparotomía exploradora (en blanco) en la que consta la descripción de la misma. q) Informe de 23 de junio de 2009, emitido por un facultativo actuante en la operación a instancias del

cirujano, en el que refiere que el paciente, que estaba en ayunas desde hacía 3 días, no tenía “antecedentes de dificultad en la vía aérea ni problemas anestésicos”, que se “realizó inducción de secuencia rápida” y que “en el momento de la maniobra laparoscópica se evidenció vómito abundante que ocupa orofaringe. Tras aspirado abundante persiste vómito, por lo que se decide sondaje esofágico seguido de LOT ante la dificultad para visualizar glotis”. La laparotomía resulta sin hallazgos y una vez recuperado el tono muscular y reflejos “se extuba al paciente tras completar la reversión muscular”, quien llega a Reanimación “consciente, orientado colaborador y eupneico con O₂ 50% inicialmente, presentando progresivo empeoramiento respiratorio”, con agravamiento en el transcurso de las horas, por lo que “se decide reintubación y conexión” a ventilación mecánica. No se consigue mejoría con el tratamiento aplicado, por lo que “se decide traslado a centro de referencia una vez lograda estabilidad”. r) Informe de traslado a otro centro hospitalario ante situación de fallo multiorgánico (pulmonar, hemodinámico y renal) “por imposibilidad de manejo en esta Unidad”. s) Parte de fallecimiento del enfermo, ocurrido a las 11:10 horas del día 25 de junio de 2009. t) Informe clínico, suscrito por el Jefe del Servicio de Cirugía el día 17 de julio de 2009, en el que consta que el paciente, que ingresó para “intervención programada por poliposis de colon”, “está informado de su patología y de las alternativas terapéuticas y está de acuerdo con la intervención que se le va a realizar”. El día 18 de junio de 2009 se le practica “colectomía total con anastomosis íleo-rectal L-T mecánica por vía laparoscópica”. Añade que el “posoperatorio inmediato transcurre sin incidencias”, aunque presenta dolor pese a la analgesia, teniendo el tercer día un “cuadro de vómitos en posos de café y distensión abdominal” y el día siguiente un pico febril de 39,8° y analítica con leucopenia y desviación izquierda, “persistiendo una moderada distensión abdominal sin otra clínica acompañante”. Se le realiza TC abdominal con contraste donde “se visualiza una dilatación intestinal de aspecto paralítico, sin líquido libre, colecciones ni fugas a nivel de la anastomosis íleo-rectal”; se inicia

tratamiento antibiótico de amplio espectro ante la sospecha de sepsis, y tras presentar “oliguria con alteración de las cifras de función renal, tendencia a hipotensión y taquicardia” durante las siguientes horas, se decide “laparotomía exploradora por sospecha de sepsis de origen abdominal”, que se realiza el 22 de junio siguiente. En esta segunda intervención se explora la cavidad abdominal “sin encontrar hallazgos patológicos significativos”, produciéndose en la inducción anestésica “un episodio de broncoaspiración importante que a las pocas horas produce un grave cuadro de distress respiratorio con inestabilidad hemodinámica que precisa ventilación mecánica y uso de fármacos vasoactivos. En menos de 48 horas evoluciona a fallo multiorgánico”, por lo que se decide traslado a la UCI de otro hospital, “presentando en el traslado al helipuerto cuadro de asistolia refractaria a las medidas de resucitación cardiopulmonar durante 30 minutos”, y fallece a las “12 horas” del día 25 de junio”, practicándose la autopsia con la autorización familiar. u) Informe de autopsia, rubricado el 13 de julio de 2009, en el que consta como diagnóstico final “sepsis por bronconeumonía masiva bilateral micótica (sugestiva de aspergillus) y bacteriana con severa insuficiencia respiratoria aguda y fallo multiorgánico con:/ Severo derrame pleural./ Hígado de fallo cardíaco./ Necrosis tubular aguda renal bilateral./ Bazo de sepsis./ Médula ósea hiper celular con desviación izquierda de la serie blanca (...). Estado poscolectomía total con sutura continente sin lesiones en anastomosis ni en resto de intestino delgado (...). Arterioesclerosis leve con coronarioesclerosis leve bilateral e hipertrofia ventricular izquierda leve (...). Pólipo hiperplásico de ampolla rectal (...). Estetosis hepática severa”.

En cuanto a los informes de los Servicios implicados en la atención del fallecido, se remiten los suscritos por el Jefe del Servicio de Cirugía General y el Médico Adjunto de Anestesiología y Reanimación los días 7 y 8 de octubre de 2009, respectivamente. En el primero se indica que el enfermo “fue estudiado en el Servicio de Digestivo por diarrea crónica”, objetivándose en la primera colonoscopia realizada “una poliposis extensa con más de 100 pólipos, con

biopsias múltiples de adenomas vellosos”, sin que el resto de estudios realizados evidenciara otras alteraciones significativas. Tanto el paciente como su esposa “fueron informados durante todo el proceso de su patología y de las alternativas de tratamiento”; con respecto a la “no colocación de la sonda nasogástrica antes de la segunda intervención quirúrgica, como también sabe la familia, ya que estaba presente ese día, se indicó y se intentó su colocación al menos en tres ocasiones, no siendo posible por mala tolerancia del paciente al procedimiento”.

En el segundo informe se afirma que el enfermo necesitó una “reintervención de urgencia el día 22 de junio de 2009 ante la sospecha de proceso abdominal agudo en el contexto de cuadro de shock séptico”. Señala que “a su llegada al área quirúrgica presenta inestabilidad hemodinámica que impide la alternativa de anestesia neuroaxial ante laparotomía de urgencia. Previamente se comprueba la imposibilidad de realizar, en al menos 3 ocasiones, sondaje nasogástrico, debido a la intolerancia del paciente a este acto invasivo”, y que “una vez en el quirófano, ante la situación de ‘estómago lleno’ y el empeoramiento clínico y progresivo del paciente, se procede según la técnica anestésica de inducción de secuencia rápida”, pero, “a pesar de las precauciones tomadas, el paciente vomitó de forma incontrolable, provocando esto una broncoaspiración que derivó en una neumonitis y distress respiratorio que fueron tratados posteriormente según las pautas recomendadas”. Concluye indicando que “la evolución del paciente fue desfavorable y, ante la situación de su gravedad clínica, se decidió” el traslado a la UCI de otro centro hospitalario.

5. Con fecha 18 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Tras asumir el contenido de los informes emitidos por los Servicios implicados en la atención al perjudicado concluye que la reclamación debe ser desestimada, dado que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”, la cual “implica,

básicamente, el cumplimiento de la obligación de utilizar los medios que conozca la ciencia y estén a disposición del profesional; informar al paciente, o en su caso a los familiares, del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas y sus posibles riesgos (...), circunstancias que se han dado en el presente caso”.

6. Mediante escritos de 25 de enero de 2010, se 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. Con fecha 20 de abril de 2010, a instancias de la entidad aseguradora, emite informe una asesoría privada, suscrito por dos especialistas en Anestesiología y Reanimación. En él, tras resumir los hechos, se realizan una serie de consideraciones médicas en las que se concluye que “en el posoperatorio de la cirugía de colon el paciente debutó con un cuadro de infección grave” que “no mejoró con medidas conservadoras y que requirió intervención quirúrgica urgente”, siendo la broncoaspiración “una complicación típica de aparición en 1 de cada 2.000-3.000 anestесias”. En este caso “se realizó anestesia con secuencia de inducción rápida para prevenir la broncoaspiración, acorde a las guías clínicas actuales”, pero, “a pesar de las medidas adoptadas, se produjo la broncoaspiración que fue tratada acorde a la *lex artis*”. Una vez que ocurre “el tratamiento es sintomático y la mortalidad de la broncoaspiración varía entre el 3,8%-4,5%”.

8. El día 28 de abril de 2010, y también a instancias de la compañía aseguradora, se realiza un nuevo informe por la asesoría privada, esta vez suscrito por tres especialistas en Cirugía General y Digestivo (se cita a un cuarto profesional pero no lo rubrica) y un especialista en Cirugía General y Cirugía Pediátrica. En él exponen que el paciente, que acude a consulta del Servicio del Aparato Digestivo del centro hospitalario por diarrea de más de un año de

evolución, es remitido al Servicio de Cirugía “con el diagnóstico de poliposis colónica” para valorar tratamiento quirúrgico. Esta patología “es considerada precancerosa y su malignización conduce a la aparición de un CCR (cáncer colorrectal). Durante el cuarto día de posoperatorio el enfermo presenta “fiebre y moderada distensión abdominal”, así como “leucopenia con desviación izquierda”. Se realiza TAC que pone de manifiesto una dilatación intestinal compatible con íleo paralítico. No existen fugas anastomóticas, ni colecciones, ni líquido libre”, por lo que el día 22 de junio de 2009 se realiza la segunda intervención quirúrgica “con carácter de urgencia. Se explora toda la cavidad abdominal sin encontrar hallazgos patológicos”. En la inducción anestésica “se produce un episodio de broncoaspiración muy importante (no había sido posible colocar una sonda nasogástrica) que evoluciona en pocas horas a un CDRA”. Aunque se realizó una inducción de secuencia rápida “no se evitó, a pesar de todo, la mala evolución de la neumonitis por aspiración”, por lo que se decide el envío a la UCI de otro hospital, pero “el paciente sufre un cuadro de asistolia y fallece”. Sostienen que “los diagnósticos anatomopatológicos de la necropsia confirmaron el diagnóstico clínico”, por lo que, “de acuerdo con la documentación analizada, se puede concluir (...) que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

9. Mediante escrito notificado al reclamante el día 18 de mayo de 2010, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

10. Con fecha 19 de mayo de 2010, el representante de la interesada presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia un escrito en el que solicita “la suspensión del plazo de alegaciones y la remisión de copia averdada de todo el historial clínico y la documentación obrante en el expediente”.

11. Tras la remisión por parte del Servicio instructor de una copia del expediente de referencia, mediante escrito presentado en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia el día 21 de junio de 2010, el reclamante formula alegaciones en las que se afirma y ratifica en el contenido de la reclamación inicial. Señala que “la broncoaspiración masiva pudo y debió haber sido prevenida y evitada mediante la aspiración gástrica previa y una eficiente intubación traqueal”. Añade que, según aparece descrito en la autopsia, el paciente presentaba “una severa bronconeumonía bilateral y un derrame pleural purulento (...), complicaciones que pasaron totalmente desapercibidas, no fueron correctamente tratadas (...) y que constituyeron un factor coadyuvante de primer orden al fallecimiento”. Considera, por último, que el óbito “pudo y debió haber sido tratado con un correcto manejo posoperatorio”.

A medio de “otrosí digo”, interesa que “se remitan todos los cristales de las preparaciones histopatológicas de los pulmones efectuados en el transcurso de la autopsia para ser sometidos a la correspondiente valoración pericial”.

12. Mediante oficio de 28 de junio de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora copia de las alegaciones formuladas.

13. Con fecha 1 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, fundamentándose en idénticos argumentos a los expuestos en el informe técnico de evaluación.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de julio de 2010, registrado de entrada el día 15 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 las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo la madre actuar en nombre y representación de su hija menor de edad -a tenor de lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil- y por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 15 de septiembre de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el 25 de junio de 2009, 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.

Sin embargo, observamos 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.

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.- Fundan las reclamantes su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al sostener que previamente a la “colectomía total”, realizada el día 18 de junio de 2009, el paciente “jamás fue informado” de las ventajas e inconvenientes de dicha intervención y que en la reintervención quirúrgica practicada el día 22 del mismo mes se produjo “una broncoaspiración masiva” que “acabó con la vida” del perjudicado.

La realidad del fallecimiento del esposo y padre, respectivamente, de las interesadas ha sido acreditada y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe presumir que han sufrido un daño que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial que se materializa en el presente asunto.

Probada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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 y sanitaria 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 las 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. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Examinada la reclamación, el representante de las interesadas sostiene “que durante la reintervención quirúrgica” la “inducción anestésica se practicó sin haber introducido previamente una sonda nasogástrica”, lo que produjo “una broncoaspiración masiva” que le ocasionó la muerte, y que al paciente “el día 18 de junio de 2009” le realizaron una “colectomía total” por “vía laparoscópica” sin que previamente le hubiesen “informado, ni oralmente ni por escrito, de las ventajas e inconvenientes” de dicha intervención, teniendo en cuenta que “todas las biopsias efectuadas mostraban lesiones de carácter benigno”. Añade en su escrito de alegaciones que la broncoaspiración masiva

“pudo y debió haber sido prevenida y evitada mediante la aspiración gástrica previa y una eficiente intubación traqueal” y que, según aparece descrito en la autopsia, el paciente presentaba “una severa bronconeumonía bilateral y un derrame pleural purulento”, complicaciones “que pasaron totalmente desapercibidas” y que “constituyeron un factor coadyuvante de primer orden al fallecimiento” del mismo, por lo que concluye que se “pudo y debió haber evitado con un correcto manejo posoperatorio”.

Sin embargo, y pese a que les incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realizaron, las reclamantes no han desarrollado la menor actividad probatoria en relación con el nexo causal, sin presentar los documentos y justificaciones que estimasen pertinentes en apoyo de sus pretensiones. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada al perjudicado sobre la base de la documentación que obra en el expediente, la cual no ha sido discutida por las interesadas.

En cuanto a las complicaciones -bronconeumonía, derrame pleural- que pasaron “desapercibidas” y que fueron un “factor coadyuvante” al fallecimiento que nos ocupa, y a diferencia de lo que afirman las reclamantes, se refleja en un informe clínico del Jefe del Servicio de Cirugía General que en el preoperatorio le realizaron al paciente un estudio complejo y completo que incluyó entre otras, las siguientes pruebas “espirometría, radiología de tórax (y) TC abdominal”, no presentado el resultado de las mismas “alteraciones significativas”.

Por otro lado, el paciente, con fecha 9 de junio de 2009, firmó el consentimiento para que le practicaran una “colectomía total por laparoscopia”, intervención que tuvo lugar el día 18 siguiente. En el citado documento consta expresamente que el paciente ha sido “informado (...) del propósito, naturaleza, riesgos, fallos y posibles alternativas no quirúrgicas” y se le indica también que las complicaciones que se pueden presentar “pueden precisar reintervención”. En este sentido se pronuncia el Jefe del Servicio de Cirugía General al señalar

que “el paciente está informado de su patología y de las alternativas terapéuticas y está de acuerdo con la intervención que se le va a realizar”, mencionando además que no solo el paciente, sino también “su familia (esposa) fueron informados”, y se les ofreció y recomendó la posibilidad de una segunda opinión antes de tomar cualquier decisión”. Asimismo, se deja constancia en el informe de que le manifestaron haber consultado “con el Servicio de Digestivo” de un hospital de “reconocido prestigio”, donde “mostraron total acuerdo con la opción terapéutica”. Al respecto, el informe de los especialistas en Cirugía General y Digestivo, emitido a instancias de la compañía aseguradora, aclara que ante el diagnóstico del paciente “la extirpación de los pólipos adenomatosos del colón constituye una profilaxis contra el cáncer colorrectal” y que “el tratamiento” en “estas lesiones es quirúrgico”, pudiendo ser entre otras vías por laparoscopia, concluyendo dicho informe que “tanto el diagnóstico como el tratamiento” fueron “correctos en tiempo y forma”.

Si bien el posoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, dados los síntomas que presenta al cuarto día se le realiza un TC abdominal con contraste, indicando el Jefe del Servicio de Cirugía General que “ante la sospecha de sepsis se inicia tratamiento con antibiótico”, aunque en las siguientes horas empeora -oliguria, hipotensión, taquicardia- y se “decide laparotomía exploradora”, proponiéndoselo así al paciente, que consintió su realización tras ser informado de los riesgos de esta cirugía de urgencia. En su informe, el Médico Adjunto de Anestesiología y Reanimación señala que dada “la imposibilidad de realizar, en al menos 3 ocasiones, sondaje nasogástrico, debido a la intolerancia del paciente a este acto invasivo”, y ante “el empeoramiento clínico y progresivo” se procede a la “técnica anestésica de inducción de secuencia rápida”, asegurando los especialistas en Cirugía General y Digestivo citados que “la indicación quirúrgica de urgencia fue totalmente correcta y estaba plenamente justificada”. El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General destaca que, “como también sabe la familia, ya que estaba

presente ese día, se indicó y se intentó su colocación -sonda gástrica- al menos en tres ocasiones, no siendo posible por mala tolerancia del paciente al procedimiento”; afirmaciones que son corroboradas íntegramente en el informe técnico de evaluación, reiterando el emitido por los especialistas privados que “no había sido posible colocar una sonda nasogástrica”. En las observaciones de enfermería correspondientes al día 22 consta que “se intenta colocar SNG (...) y no pasa. Pendiente intentarlo de tarde”.

En el informe del Médico Adjunto de Anestesiología y Reanimación se indica que, “a pesar de las precauciones tomadas”, en la inducción anestésica el paciente vomitó de forma incontrolable”, lo que provocó “una broncoaspiración”, añadiendo el Jefe del Servicio de Cirugía General que “se produce un episodio de broncoaspiración importante que a las pocas horas produce un grave cuadro de distress respiratorio con inestabilidad hemodinámica” y que en “menos de 48 horas evoluciona a fallo multiorgánico”, de modo que ya en el helipuerto para ser trasladado a la UCI de otro centro hospitalario presenta “asistolia refractaria a las medidas de resucitación cardiopulmonar durante 30 minutos”, falleciendo. Los especialistas en Cirugía General y Digestivo señalan que uno de los mayores riesgos de las anestias es “la broncoaspiración del contenido estomacal” y que dicha complicación es “mas frecuente en las cirugías abdominales urgentes”. Con relación a la inducción de secuencia rápida, afirman que se protege “la vía aérea cuando existe riesgo de aspiración traqueal reduciendo el tiempo durante el cual (...) queda desprotegida”, añadiendo que cuando el control sobre “la vía digestiva no existe las complicaciones derivadas de este fenómeno pueden ser muy graves”, y concluyen afirmando que “se realizó una inducción de secuencia rápida pero no se evitó, a pesar de todo, la mala evolución de la neumonitis por aspiración”. Los especialistas en Anestesiología y Reanimación estiman que “el uso de la sonda nasogástrica (...) no consigue vaciado total en ningún caso”, siendo controvertido “el mantenimiento de la misma durante el curso de la intubación”; así una escuela considera que “aumenta el riesgo de regurgitación”

y la otra que “podría desviar en caso de vómito el contenido gástrico, con lo que este no llegaría a la traquea”. Concluyen que “se realizó la anestesia con secuencia de inducción rápida para prevenir la broncoaspiración, acorde a las guías clínicas actuales”, pero a pesar “de las medidas adoptadas se produjo”, y que “fue tratada acorde a la *lex artis*” -limpieza por aspiración, intubación orotraqueal, profilaxis de neumonitis, broncodilatadores y ventilación mecánica-, añadiendo que “el posoperatorio es tórpido, con fallo multiorgánico progresivo” a pesar “de antibioterapia intensiva” y de “soporte hemodinámico agresivo”.

En definitiva, todos los informes incorporados al expediente coinciden en señalar que la “colectomía total” realizada el día 18 de junio era la indicada, dado el diagnóstico que presentaba el perjudicado de “poliposis colónica”, y así se le propuso al paciente, que consintió su realización tras ser informado de los riesgos que conllevaba. No puede obviarse que al cuarto día de dicha intervención se presenta una sepsis; en tales circunstancias, la diligencia médica exigible imponía una reintervención, y nuevamente se le propuso al paciente, que consintió su realización tras ser informado de los riesgos de realizar la misma de urgencia y de la anestesia general. Ante la imposibilidad de colocarle una sonda nasogástrica antes de la intervención quirúrgica de urgencia se acude a la técnica de inducción rápida como medida de prevención de una broncoaspiración, que constituye una complicación típica, aunque excepcional, si bien la materialización de este riesgo y, desgraciadamente, sus consecuencias -entre ellas la muerte a causa de la entrada de contenido gástrico a los pulmones, que derivó en una neumonitis y distress respiratorio-, no siempre pueden evitarse, aun cuando se dispongan todos los medios para intentar solucionar la complicación.

Este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del procedimiento, que no ha quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el fallecimiento del marido y padre de

las reclamantes. En definitiva, hemos de concluir que la evolución tórpida del proceso que desencadenó el fallecimiento del paciente constituye la materialización de un riesgo típico de la anestesia general en el desarrollo de la cirugía abdominal urgente a la que fue sometido. No cabe, por ello, entender acreditada una infracción de la *lex artis* ni que nos hallemos en presencia de un daño antijurídico, lo cual convierte en innecesaria la realización de cualquier consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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

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.