

Expediente Núm. 349/2010
Dictamen Núm. 289/2011

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 6 de octubre 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 10 de diciembre de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños y perjuicios atribuidos a la asistencia recibida en el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de febrero de 2010, se presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al mismo, por los daños y perjuicios que se relacionan con una “negligencia médica”.

El reclamante relata que el día 10 de octubre de 2007 “comienza con un dolor toraco-abdominal, acompañado de sintomatología neurovegetativa, acudiendo por urgencias al Hospital “X”, donde es diagnosticado (...)

(inicialmente) de dolor torácico atípico, coleditiasis. Se le practica (...) una ecografía abdominal donde se aprecia (...) cálculos en el interior de la vesícula". Ingresado en el Servicio de Cirugía General de dicho hospital e intervenido el día 16 de octubre, se le practica "una colecistectomía (...) por laparoscopia".

Sigue refiriendo que "en el posoperatorio inmediato, su evolución no es satisfactoria"; tras una ecografía, se determinó la presencia de un hemoperitoneo, por lo que "se le vuelve a efectuar otra laparoscopia exploradora, donde se apreció una laceración con hematoma subyacente en la zona posterior del lóbulo hepático derecho de unos 3 cm". El día 18 de octubre se le hace un nuevo TAC de control, "apreciándose un hematoma en forma de gran colección de 18,5 x 9,7 cm (...), subcapsular hepática, que desplaza el hígado subyacente", por lo que el mismo día se le traslada a la Unidad de Hepatología del Hospital "Y".

A su llegada al Hospital "Y", se encuentra "hemodinámicamente estable, iniciándose tratamiento conservador mediante aporte de sueros, aunque a las pocas horas de su ingreso comienza con una anemia aguda, motivo por el cual se decide cirugía urgente". El día 19 de octubre, se le realiza "una laparotomía exploradora, objetivándose hemoperitoneo (...) de unos 1.500 cm³ y extenso hematoma subcapsular que afecta a (...) la totalidad del lóbulo hepático derecho en su cara diafragmática disecando toda la cápsula que se encuentra rota en (...) su totalidad. Se realiza hemostasia muy laboriosa con electrobisturí y coagulador de Argón". "A los 10 días de su ingreso empieza un cuadro febril, se le realiza un TAC abdominal de control, se observa un hematoma hepático probablemente infectado, se le realiza un TAC punción y se comienza con tratamiento antibiótico, con evolución hasta la remisión de la fiebre"; recibe el alta hospitalaria el día 28 de noviembre.

Sigue diciendo que ingresa de nuevo en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", el día 13 de diciembre de 2007, por "un dolor abdominal acompañado de fiebre, (que) se le realiza un Rx de abdomen y una ecografía abdominal urgente donde se observa una colección con contenido heterogéneo encapsulado y con aire en su interior en el segmento VII/VIII de 9

x 9 cm'. Se le realiza un drenaje bajo TAC del absceso, tratamiento antibiótico y una vez que desaparece el cuadro de dolor y de fiebre, se le da el alta hospitalaria el 30 de diciembre".

El día 3 de febrero de 2008, ante "un nuevo cuadro febril, con dolor a nivel de hipocondrio derecho (...), se le realiza (...) TAC evidenciándose la existencia de un absceso que ocupa el borde derecho de la superficie hepática afectando a los segmentos VII y VIII, teniéndose (...) dificultades con el drenaje", por lo que debe acudir a la cirugía, siendo intervenido el día 17 de febrero, realizándosele "una puesta (a) plano de la superficie necrosada e infectada con drenajes externos tipo Jackson-Pratt./ Se realiza un scanner de control pasados unos días donde se objetiva la reducción prácticamente total de la superficie abscesificada y la restitución del resto de las estructuras"; recibe el alta hospitalaria el día 5 de marzo.

El día 30 de abril de 2008, vuelve a ingresar en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" "al presentar dolor ocasional en hipocondrio derecho (...), intensificado en los últimos días, realizándosele un nuevo scanner el 29 de abril de 2008 (*sic*), donde presenta una lesión hipodensa subfrénica derecha, que mide 2 centímetros en su espesor máximo y que se extiende de modo laminar hasta ocupar unos 7 cm". Estos hallazgos se interpretan "como hematoma en resolución, sin evidencia de infección". Recibe el alta hospitalaria el día 7 de mayo; en el informe de alta se refiere "que la lesión residual existente en este momento puede dar lugar a una leve sintomatología de irritación diafragmática que en principio no necesita tratamiento salvo que presente un cuadro febril".

Especifica que el día 26 de febrero de 2009 el Instituto Nacional de la Seguridad Social emite parte de alta médica.

Afirman haber acudido en varias ocasiones al Servicio de Urgencia del Hospital "Y", entre otras el día 2 de marzo de 2009, al presentar "un dolor a nivel de hipocondrio derecho de carácter irritativo y que fue diagnosticado de un dolor abdominal inespecífico precisando la toma de medicación analgésica y antiinflamatoria".

El reclamante señala, por último, que el día 18 de marzo de 2009 fue explorado en una clínica privada, “apreciándose (...) una leve distensión (...) a nivel de hipocondrio derecho y una cicatriz quirúrgica en forma de ‘S’ itálica alargada de 30 cm de longitud (...) así como (...) 4 pequeñas incisiones de 1 cm cada una de la intervención inicial de extirpación de vesícula mediante técnica de laparoscopia”.

Afirma que una operación de colecistectomía laparoscópica “en condiciones normales” permite al paciente reintegrarse a sus actividades profesionales habituales sin ningún tipo de complicación “en un periodo de entre 2 y 3 semanas” pero que en su caso “derivó, tras la intervención inicial, en una serie de complicaciones que determinaron varias intervenciones quirúrgicas más: 2 TAC con punción y 2 cirugías abiertas”.

Solicita una indemnización de cuarenta y dos mil doscientos veintiséis euros con ochenta céntimos (42.226,80 €), en concepto de 98 días hospitalarios y 406 días impeditivos; 8 puntos por secuela de hematoma residual subfrénico o absceso subfrénico por asimilación, y adherencias peritoneales y 6 puntos por perjuicio estético ligero.

Estima que “el daño (...) es consecuencia directa del funcionamiento de la Administración Pública a la que se reclama, quien tiene el deber de garantizar la adecuada atención médica y observar la praxis y técnica médica adecuada con el paciente, diagnosticando correctamente, interviniendo correctamente, advirtiendo de los riesgos de la intervención y haciendo un seguimiento del posoperatorio y de su evolución, debiendo evitar daños al paciente”.

Solicita que se incorpore al expediente “mi historial médico completo”, así como “mi historial completo de incapacidad temporal y alta de la Inspección médica e Instituto Nacional de la Seguridad Social”.

Adjunta copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Área de Urgencias del Hospital “X”, de fecha 10 de octubre de 2007, dimanante de atención por “dolor torácico”. Consta diagnóstico de “dolor torácico atípico y colelitiasis”, y que se solicita valoración por cirugía. El ahora reclamante refería ser “bebedor ocasional”. b) Informe radiológico del Hospital “X”, de fecha 10 de

octubre de 2007, en el que se aprecia "vesícula con cálculos en su interior". c) Informe del Servicio de Cirugía General Digestiva del Hospital "X", de fecha 18 de octubre de 2007, tras ingreso del día 10 del mismo mes por cuadro de dolor abdominal. Constan estudios diagnósticos; realización -el día 16 de octubre- de colecistectomía por laparoscopia; "posoperatorio con hemoperitoneo, en eco previa. Intervención: laparoscopia exploradora: se aprecia laceración con hematoma subyacente en zona posterior lóbulo hepático derecho, de unos 3 cm (...). Se deja drenaje Jackson-Pratt subfrénico derecho./ Se realiza TAC abdominal de control apreciando un hematoma y la lesión hepática descrita" y que "hablado telefónicamente con (...) la unidad de Hepatología, se decide traslado urgente al paciente al (Hospital "Y") para su ingreso". d) TC de abdomen realizado en el Hospital "X", el día 18 de octubre de 2007. Muestra "gran colección de 18,5 x 9,7 cm, de morfología biconvexa, subcapsular hepática, hipodensa, que desplaza el hígado subyacente, en relación con gran hematoma subcapsular hepático, con catéter de drenaje en su interior, sin visualizar zonas de escape de contraste en este estudio", así como "líquido libre en periesplénico, en goitieras, especialmente derecha y Douglas". e) Informe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", de fecha 28 de noviembre de 2007, en relación con ingreso del día 18 de octubre. Se hace constar que "se instaura inicialmente tratamiento conservador con sueroterapia y vigilancia intensiva, aunque a las pocas horas de su ingreso, presenta inestabilidad hemodinámica así como anemización progresiva, por lo que se decide cirugía urgente./ El día 19-10-2007 (...) se realiza laparotomía exploradora objetivándose hemoperitoneo de unos 1.500 cm³, y extenso hematoma subcapular que afecta a toda la totalidad del LHD en su cara diafragmática disecando toda la cápsula que se encuentra rota en su totalidad. Se realiza hemostasia muy laboriosa". En apartado evolución, se comenta "a los diez días de su ingreso en nuestra Unidad presenta síndrome febril, por lo que se decide la realización de TAC abdominal de control. Se observa en dicha prueba hematoma hepático probablemente infectado. Se realiza TAC-punción, y se completa tratamiento con antibioterapia i.v. A día de hoy se encuentra afebril y

asintomático por lo que se decide alta". El diagnóstico es de "hematoma intrahepático". f) Informe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", de fecha 2 de enero de 2008 relativo a ingreso entre los días 13 y 30 de diciembre de 2007. Una ecografía abdominal urgente mostraba "colección con contenido heterogéneo encapsulada y con aire en su interior en el segmento VII/VIII de 9 x 9 cm". Se comenta que "el paciente ingresa para tratamiento antibiótico y drenaje bajo TC del absceso que se realiza el 18-12-07. Durante su ingreso se drena absceso de herida quirúrgica. Buena evolución con mejoría clínica con desaparición del dolor y de la fiebre, por lo que el paciente causa alta". g) Informe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", de fecha 5 de marzo de 2008, tras ingreso el día 3 de febrero de 2008. Se anota realización de "scanner de diagnóstico, objetivándose la existencia de un absceso que ocupa el borde derecho de la superficie hepática afectando a los segmentos VII y VIII./ Completado el estudio preoperatorio y ante la dificultad de drenaje por punción se decide cirugía". Consigna procedimiento quirúrgico el día 18 de febrero de 2008, consistente en "puesta a plano de la superficie necrosada e infectada, con drenajes externos tipo Jackson-Pratt". En "evolución", se anota que "el curso posoperatorio evolutivo es normal desapareciendo la sintomatología dolorosa y febril y realizándosele un scanner de control unos días antes de esta alta en donde se objetiva la reducción prácticamente total de la superficie abscesificada y la restitución del resto de estructuras./ En el día de la fecha totalmente asintomático, es dado de alta". h) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y", de fecha 7 de mayo de 2008, relativo a ingreso el día 30 de abril, para seguimiento. Consta que "se revisa el scanner realizado el 29-04-08, donde presenta una lesión hipodensa subfrénica derecha que mide 2 cm en hematoma en espesor máximo y se extiende de un modo laminar hasta ocupar unos 7 cm. Se interpretan estos hallazgos como hematoma en resolución sin evidencia de infección./ El paciente se mantiene afebril durante su ingreso y controles analíticos no muestran ningún parámetro infeccioso./ El paciente está clínicamente recuperado y puede ser alta para convalecencia en su domicilio". Se comenta que "existe una lesión residual que,

en este momento, no presenta características de foco infeccioso, aunque puede dar una leve sintomatología de irritación diafragmática. En principio, no precisa tratamiento y, de no existir fiebre u otros datos que sugieran abscesificación, esta lesión únicamente precisa vigilancia". i) Informe del Área de Urgencias del Hospital "Y", de fecha 2 de marzo de 2009, por dolor abdominal inespecífico, diagnosticado tras exploración física, analítica, Rx tórax y abdomen y ecografía abdominal, en la que se apreciaron "cambios secundarios a cx hepática". j) Resolución de la Dirección Provincial de Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 20 de febrero de 2009, de alta médica con fecha 26 de febrero de 2009, tras "colecistectomía laparoscópica complicada" y que se trata de un "paciente al que se le indica al alta reanudar su vida habitual, no hay constancia de nuevas incidencias y la exploración actual es anodina". k) Resolución definitiva de alta médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de fecha 30 de marzo de 2009. l) Informe médico pericial, de fecha 16 de abril de 2009 que se relata el proceso asistencial en los términos recogidos en la reclamación, se consigna resultado de la exploración del reclamante del día 18 de marzo de 2009, y se informa que "según la bibliografía revisada y de la que se aportan varios estudios:/ La tasa de complicaciones de la cirugía laparoscópica de vesícula es comparable a la tasa de complicaciones de la C. tradicional de vesícula./ Los riesgos de la colecistectomía laparoscópica son los habituales en cualquier clase de operación, aunque en condiciones normales en un período próximo a las 2-3 semanas se vuelven a reintegrar a sus actividades habituales sin ningún tipo de complicación./ Las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son infrecuentes pero pueden incluir: sangrado, infección, neumonía, coágulos de sangre o problemas cardíacos". Señala que "en base pues a este curso clínico descrito, pasamos a aplicar el Baremo de la Ley 34/03 comúnmente utilizada para este tipo de situaciones puesto que lo que en principio era una intervención quirúrgica que exigiría un tiempo mínimo de ingreso hospitalario y un tiempo mínimo hasta su reincorporación laboral, derivó tras la intervención inicial en una serie de complicaciones que determinaron varias intervenciones

quirúrgicas más (2 TAC con punción y dos cirugías abiertas) y una situación clínica residual". En el apartado de consideraciones finales, se señala que el sangrado hepático sufrido por el paciente tras la colelitiasis, con el alcance que se especifica, es una "situación clínica no habitual en un proceso de C. laparoscópica por colelitiasis". Valora las secuelas de hematoma residual subfrénico o absceso subfrénico por asimilación de adherencia peritoneales, en 8 puntos y en 6 puntos, por perjuicio estético ligero, la de cicatriz de laparotomía. Estima en 211, los días invertidos en su curación o mejoría clínica, siendo 98 de ellos, de ingreso hospitalario, y los demás, impeditivos.

2. Mediante escrito de fecha 9 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -1 de marzo de 2010-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Con fecha 15 de marzo de 2010, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito del reclamante en el que señala que presentó la reclamación el 24 de febrero de 2010, no el 1 de marzo de 2010, como "erróneamente" se indica en el escrito del Servicio instructor por el que se le notifica la recepción de la reclamación.

3. Con fecha 18 de marzo de 2010, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor informe de la Unidad de Gestión Clínica de Patología Digestiva, así como copia de la historia clínica del reclamante.

En dicho informe, de fecha 15 de marzo de 2010, se refiere que el paciente "ingresa desde Urgencias por episodio de dolor epigástrico (...). En la ecografía abdominal se aprecia la presencia de cálculos en la vesícula biliar, por lo que se decide programar intervención quirúrgica (colecistectomía laparoscópica) tras aceptación por parte del paciente. Es intervenido el día 16-10-07 (...), sin observar la existencia de complicaciones durante el procedimiento. El día posterior a la intervención el paciente refiere dolor

abdominal y sensación de mareo. A la exploración física se objetiva una tensión arterial de 82-63 mm Hg y FC de 132 latidos/minuto, abdomen doloroso a la palpación con datos francos de irritación peritoneal por lo que se decide intervención quirúrgica urgente el día 17-10-07, previa estabilización hemodinámica (...). En la reintervención se practica una laparoscopia exploradora en la que se objetiva abundante cantidad de sangre libre en cavidad abdominal de predominio subfrénico derecho y subhepático y una laceración hepática de unos 3 cm en LHD con hematoma subyacente, sin objetivar en ese momento sangrado activo. Se procede a aspiración del contenido hemático y a revisión del lecho hepático y de clips en zona de arteria y conducto cístico sin encontrar alteraciones, dejando drenaje Jackson-Pratt en espacio subfrénico derecho. El paciente pasa a Unidad de Reanimación, manteniéndose hemodinámicamente estable (...). El día 18-10-07 se realiza TAC abdominal en el que se aprecia una colección de 18,5 x 9,7 cm a nivel subcapsular hepático que desplaza al hígado en relación con hematoma subcapsular con drenaje en su interior, sin visualizar zonas de escape de contraste, líquido libre periesplénico y en gotieras (...). Dados los hallazgos del scanner y la situación del paciente se decide traslado urgente a la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital `Y`.

Entre los documentos que constituyen la historia clínica que se adjunta, figuran los aportados con la reclamación y los siguientes: a) Hoja de historia clínica del día 10 de octubre de 2007, en la que consta que el reclamante refería "borracheras cada 15 días, pero desde hace 1 mes no bebe". b) Hoja de consentimiento informado para colecistectomía, en el que se señala que "a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones". Entre las específicas del procedimiento, constan como "graves y poco frecuentes: hemorragia interna (...) infección intraabdominal (...). En la laparoscopia: lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares"; en el documento suscrito el interesado reconoce que "el médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros,

etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad". c) Hoja de intervención quirúrgica, del día 16 de octubre de 2007, relativa a colecistectomía laparoscópica, en la que se consigna "abordaje endoscópico con 3 trocares 2 x 12 y 1 x 5, tras neumoperitoneo con Veress en HI. Disección de conducto cístico y arteria cística que se clipan. Disección de vesícula con gancho, con sangrado de rama cística posterior que se clipa, liberación de vesícula y extracción por puerto epigástrico./ Revisión de hemostasia de trocares./ Lavado de cavidad./ Cierre de piel con seda". d) Hoja de intervención quirúrgica de laparoscopia exploradora, datada el 17 de octubre de 2007, en la que consta "abordaje endoscópico abierto a través de orificio umbilical previo, inducción de neumoperitoneo. Dos trocares más uno de 10 en epigastrio y otro de 5 mm en vacío derecho. Abundante cantidad de sangre en cavidad a nivel subhepático y preferentemente en espacio subfrénico derecho que se aspira. Se aprecia una laceración hepática de unos 3 cm aprox. en zona posterior de lóbulo derecho, con hematoma subyacente, sin objetivar sangrado activo. Se revisa lecho hepático y clips en zona de arteria y conducto cístico, sin alteraciones. Se realiza lavado exhaustivo de cavidad y aspiración. Drenaje Jackson-Pratt en subfrénico derecho".

4. Con fecha 9 de abril de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada en el asunto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración: "La colecistectomía es una técnica mediante la cual se extirpa la vesícula biliar, bien a través de una incisión abdominal (...) o mediante laparoscopia, que se considera actualmente la técnica de primera elección". Sigue refiriendo que "a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones o efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como los debidos a la situación vital del paciente, o los específicos del procedimiento, ya que ninguna operación invasiva está exenta de riesgos, siendo los más frecuentes:/ la infección de la herida quirúrgica, la

dehiscencia de la pared, la lesión iatrogénica de algún órgano (...), las hemorragias, etc./ En el caso analizado, el paciente fue ingresado de manera correcta en el hospital al objeto de tratar su litiasis biliar (...). Consta en su historial clínico que el paciente fue informado del procedimiento a realizar, de las supuestas complicaciones, que pudieran llegar incluso a requerir reintervención, aceptando su realización y los riesgos típicos de la misma, firmando en prueba de conformidad". En el posoperatorio se hace seguimiento clínico y, "tras la nueva sintomatología aparecida, hubo que realizar reintervención, y tras valoración del empeoramiento del estado general del paciente, se le derivó a Unidad Clínica superespecializada que, siguió tratamiento adecuado, aunque surgieron más complicaciones, todas convenientemente tratadas". Concluye que se trató de un "posoperatorio muy complicado, que exigió múltiples revisiones y estancias hospitalarias, pero dentro de unas actuaciones acordes a la buena praxis médica (diagnóstico correcto, técnica quirúrgica elegida adecuada, elaboración del documento de consentimiento informado con firma de ambas partes, etc.). Asistencia por tanto según lex artis (...) y no evidencia de negligencia en el proceso asistencial", sin que pueda descartarse que "los hábitos de vida recogidos en su historial clínico pudieron haber influido en una evolución negativa del proceso".

5. Mediante escritos de 16 de abril 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.

6. Con fecha 26 de abril de 2010, se recibe oficio del Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remitiendo copia de la historia clínica del reclamante, y en mayo, otro adjuntado informe del Servicio de Cirugía General.

En la historia clínica constan, entre otros documentos, los informes adjuntos a la reclamación, con cuyo contenido coinciden; hojas de consentimiento informado para drenaje de abscesos -sin fecha-, punción biopsia (PAAF) del día 18 de diciembre de 2007 y "absceso hepático -también

sin fecha- y hojas de intervención quirúrgica de “hemostasia” del día 19 de octubre de 2007, “desbridamiento de absceso subfrénico” del día 18 de febrero de 2008, en la que consta su realización “sin incidencias”. Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del día 3 de septiembre de 2009, según el cual “en el control actual no se identifican colecciones subfrénicas ni intraabdominales”.

En el informe del Servicio de Cirugía General, datado el 14 de mayo de 2010, se refiere que “el paciente fue intervenido en nuestro Servicio, en el primer ingreso, bajo la indicación de hematoma subcapsular roto del lóbulo hepático derecho, en el posoperatorio precoz de una colecistectomía realizada en otro centro y donde ya había sufrido una primera reintervención”. En el ingreso de 2008, fue intervenido “de modo programado, bajo la indicación de realizar secuestrectomías y drenajes del lóbulo derecho hepático”. Sigue refiriendo que el paciente “fue visto en Consultas externas en multitud de ocasiones por sus cirujanos y por otros miembros de la Unidad de Cirugía HPB. De modo ilustrativo, se apunta que se le practicaron al paciente 14 estudios de imagen (ECO y TAC), para el seguimiento de las lesiones residuales del hígado derecho, y en atención a sus reiteradas quejas. Los estudios finales no demuestran lesiones residuales (TAC abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso de 31-08-09)”. Finaliza diciendo que “respecto a la atención prestada en nuestro Servicio, únicamente podemos señalar que se realizaron los actos quirúrgicos y seguimiento requerido para las circunstancias del paciente, inicialmente muy grave e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, desde su llegada a este hospital”.

7. Con fecha 23 de junio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite un Informe Técnico de Evaluación complementario, tras la remisión del informe del Servicio de Cirugía General del Hospital “Y”, en el que concluye que “valorados los nuevos informes emitidos, no procede modificar el ITE realizado con fecha 9 de abril, al no encontrar dato alguno que haga cambiar la calificación desestimatoria inicial”.

8. Mediante escritos de 29 de junio de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación complementario a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del referido informe, junto con la nueva documentación, a la correduría de seguros.

9. Con fecha 11 de septiembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Cirugía General y Digestiva y un especialista en Cirugía General. En él establecen las siguientes conclusiones: “El paciente ingresa en el (Hospital `X´) para intervención de una coleditiasis sintomática./ Entre los antecedentes personales hay que destacar que se trata de un bebedor habitual importante (...). Los preoperatorios no contraindican la intervención./ Antes de la cirugía firmó el documento de CI específico para la cirugía que se iba a realizar, en el mismo se exponen algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas las que presentó el paciente./ La cirugía se lleva a cabo en tiempo y forma correctos, mediante un abordaje laparoscópico (...). Durante la misma no se describen complicaciones./ En el posoperatorio inmediato presenta un hemoperitoneo, que es tratado de manera correcta y de forma urgente. La causa del mismo es una laceración en el parénquima hepático./ Tras el mismo el paciente presenta un hematoma subcapsular expansivo, motivo por el cual se traslada de manera correcta a un hospital de mayor nivel, con unidad de HPB./ El tratamiento realizado en esta Unidad es absolutamente correcto, siendo tratadas todas y cada una de las complicaciones a medida en que fueron surgiendo./ Los hábitos de vida del paciente (...) pudieron influir en la evolución posoperatoria./ Se pusieron a disposición del paciente todos los medios hospitalarios, tanto en el (Hospital `X´) como en el (Hospital `Y´)./ De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

10. Con fecha 20 de octubre de 2010, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito mediante el que solicita “certificación de actos presuntos dado el transcurso de más de seis meses sin resolver este expediente”, que consta remitida a aquel el día 8 de noviembre de 2010.

11. Mediante escrito notificado el día 21 de octubre de 2010, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento.

El día 5 de noviembre de 2010, se persona en las dependencias administrativas un letrado con “poder judicial” otorgado por el reclamante, examina el expediente y obtiene copia del mismo, compuesto por doscientos veintidós (222) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 8 de noviembre de 2010, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se afirma que “el expediente administrativo pone de manifiesto la procedencia de nuestra reclamación (...) toda vez que de una intervención quirúrgica de poca trascendencia se ha causado al reclamante una infinidad de padecimientos, ingresos hospitalarios, bajas e importantes secuelas que trascienden con mucho de los riesgos lógicos de un consentimiento informado”. Rechaza la relación con el resultado dañoso de “la supuesta ingestión de alcohol como bebedor ocasional de una persona de 32 años, en la que no consta ni una sola patología o ingreso por dichas y supuestas intoxicaciones (...) siendo además claro que en todos los documentos de su historial médico del (Hospital `Y`) consta que no tiene antecedentes de interés, no apareciendo en modo alguno que se señala”.

12. Con fecha 22 de noviembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se concluye que “todos los profesionales intervinientes lo hicieron de forma correcta y según lex artis”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de diciembre de 2010, registrado de entrada el día 14 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), está el interesado activamente legitimado 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 24 de febrero de 2010, quedando constancia de la plena resolución del cuadro en el informe de radiología emitido el día 3 de septiembre 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.

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.

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 reclamante interesa indemnización por daños que atribuye a una negligencia médica.

Resulta del expediente que el día 16 de octubre de 2007 se realizó al interesado una colecistectomía laparoscópica, así como que al día siguiente presentaba una laceración hepática con hematoma subyacente, posteriormente infectado y abscesificado.

También consta que para la resolución de ese cuadro fueron precisas otras intervenciones quirúrgicas y varias estancias hospitalarias entre diciembre de 2007 y mayo de 2008, por lo que debemos considerar acreditados estos daños, individualizados y susceptibles de evaluación económica.

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

Según el reclamante, los daños se deben a una "negligencia médica". Sin embargo, no formula reproche concreto a las actuaciones que reconoce se le prestaron, ni aporta prueba de la negligencia que aduce: el informe privado que acompaña a la reclamación no refiere ninguna negligencia médica, pues se limita a describir el curso clínico, a consignar las posibles complicaciones de la cirugía laparoscópica con el período de recuperación "en condiciones normales", y a señalar que el sangrado es una situación clínica no habitual en una cirugía laparoscópica.

Además, todos los informes emitidos en el procedimiento avalan la actuación de los facultativos del servicio público de salud, señalando que la intervención de colecistectomía estaba indicada por el diagnóstico de

colecistitis. Además, la intervención se realizó por técnica laparoscópica que también estaba indicada, y cursó sin incidencias.

La mera existencia de complicaciones en el posoperatorio de la misma y que estas no sean habituales, no pone de manifiesto ninguna negligencia, pues la materializadas constituyen riesgos típicos de la técnica quirúrgica que se practicó, y así constan en el documento de consentimiento prestado, que advierte de posibles laceraciones, hemorragias internas e infecciones. Además, las complicaciones se detectaron rápidamente y se trataron de forma adecuada, incluso con nuevas intervenciones quirúrgicas realizadas por personal de una unidad altamente especializada de otro hospital, al que se trasladó al paciente. Consta en el expediente el consentimiento del ahora reclamante para todas las intervenciones y que se sometió al paciente a revisiones y pruebas de control hasta que se comprobó la total ausencia de colecciones subfrénicas e intraabdominales.

El hecho de que el período de recuperación tras la colecistectomía superase las 2-3 semanas como alega el reclamante, tampoco revela negligencia alguna y tanto el informe técnico de evaluación como el de los especialistas privados, al margen de a las complicaciones surgidas, apuntan a los hábitos de vida del paciente como el motivo de la dilatada recuperación. El informe pericial aportado por el interesado no valora la incidencia de dicho factor, sin que el rechazo formulado por el propio interesado sea suficiente para descartarlo.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y la actuación de los facultativos de la sanidad pública, por haber sido correcta. Además, los daños que se reclaman son el resultado de la concreción de riesgos derivados de las intervenciones realizadas al interesado, conocidos y consentidos por él, por lo que tampoco concurre la nota de antijuridicidad de los mismos.

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 formulada 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.