

Expediente Núm. 82/2011  
Dictamen Núm. 345/2011

**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 24 de noviembre 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 marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de mayo de 2010, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios producidos por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que achacan a una “mala praxis médica”.

El escrito de reclamación, que formulan los comparecientes tanto en su propio nombre como en representación de otro de los hijos de la perjudicada, se inicia con el relato del ingreso de la paciente en el departamento de Urología

de un hospital de la red sanitaria pública “para la extirpación de un quiste o masa renal en el riñón izquierdo”. Afirman los reclamantes que dicho quiste no estaba diagnosticado como “cancerígeno”, y que “la familia” recibe por primera vez la noticia de su malignidad “una vez realizada la biopsia del riñón extirpado”.

Refieren que el día 17 de junio de 2009, “no tan solo se le extirpa el riñón izquierdo, sino también el bazo”, y que “durante la intervención se produce una afectación del páncreas, la cual deriva en una pancreatitis iatrogénica”, por lo que el día 21 de junio tiene que ser ingresada en la UVI y, “tras un periodo marcado por los terribles sufrimientos de la paciente, así como el dolor moral y tribulaciones de toda su familia”, se produce su fallecimiento el día 13 de julio de 2009.

Manifiestan que “todo ello se produjo en una operación de nefrectomía que no debería haber afectado nunca al páncreas”, por lo que entienden que “resulta inequívoca la relación de causalidad entre la mala práctica quirúrgica” y la defunción de la paciente, “ya que como dice el informe de Anatomía Patológica ` los hallazgos microscópicos junto con la historia clínica remitida son sugestivos de un shock cardiogénico, asociado a afectación sistémica por patología pancreática (...) foco de una sepsis (...) desencadenante del shock cardiogénico causante del fallecimiento de la paciente `”.

Solicitan una indemnización por los daños ocasionados que, aun “siendo inmensos y de imposible evaluación, dado lo irrecuperable de un ser querido”, cuantifican en un total de ciento setenta y cuatro mil setecientos veintinueve euros con veinte céntimos (174.729,20 €), de los cuales 157.256,28 € son para el viudo y 8.736,46 € para cada uno de los dos hijos. Para esta valoración “se ha tenido en cuenta tanto la edad de la fallecida, 73 años, como la edad de los hijos, ambos mayores de 25 años, y el hecho de que el cónyuge se encuentre físicamente incapacitado para el desarrollo de una vida normal y con un grado de minusvalía reconocido del 80%”.

A medio de “otrosí digo”, demandan que se les “facilite copia íntegra del expediente médico” en caso de no estimarse la reclamación.

Adjuntan una copia de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio UVI, de alta por *exitus*, emitido el 30 de julio de 2009. b) Informe de autopsia, emitido por el Servicio de Anatomía Patológica el 5 de octubre de 2009.

2. Con fecha 18 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al esposo de la fallecida la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo. Asimismo, concede a los reclamantes un plazo de diez días para que acrediten su parentesco con la fallecida "por cualquier medio válido en derecho".

3. Previa solicitud realizada a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV por una Inspectora de Prestaciones Sanitarias de la Dirección General de Planificación y Evaluación, el día 15 de junio de 2010 el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del centro hospitalario remite al Servicio instructor el parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y una copia de la historia clínica de la paciente.

El historial médico se integra por copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Hojas de curso clínico del Servicio de Medicina Interna II, en las que se registra, el día 6 de mayo de 2009, el resultado del TAC que evidencia un "gran hipernefroma izdo.". b) Petición de consulta al Servicio de Urología, con carácter "preferente", formulada el mismo día 6 de mayo de 2009. c) Solicitud de "inclusión en lista de espera quirúrgica" para "nefrectomía radical izda.", por "tumor renal", firmada por la paciente el día 11 de mayo de 2009. d) Hojas de consentimiento informado para anestesia general y para nefrectomía, rubricando la paciente el día 27 de mayo de 2009 la primera y sin que conste fecha la segunda. En la hoja de consentimiento informado para nefrectomía se anotan, además de otros de menor trascendencia, los "riesgos típicos" de "hemorragia incoercible (...). Complicaciones pulmonares (...).

Problemas de la herida quirúrgica: infección, apertura, eventración. Fístulas (...). Lesiones de otras vísceras. Lesiones vasculares". e) Hoja descriptiva de intervención quirúrgica practicada el día 17 de junio de 2009, en la que consta "esplenectomía por dislaceración bazo". f) Hoja de consulta médica del Servicio de Nefrología en la que se anota, a las 22:30 h del día 20 de junio de 2009, "TAC – colecistopancreatitis aguda./ Comentario: no cumple criterios de sepsis (...). Plan: ingreso en UVI". g) Hojas de observaciones y curso médico del Servicio UVI en las que se hace constar, el 21 de junio de 2009, "PFH rigurosamente normales incluyendo amilasa y lipasa. Sin embargo el TC mostraba dilatación de vía intra y extrahepática muy significativa (...). Afebril. Procalcitonina elevada. Leucocitosis de 21.000 (...). Lactato Ø. Trastornos de coagulación. Todo ello sugiere cuadro séptico de posible origen biliar (...). Comentado con Radiología les sorprende también la normalidad de PFH y enzimas pancreáticas, lo que pone en duda una obstrucción de la vía biliar e incluso la pancreatitis. Sugieren una infección en lecho quirúrgico que no le haya dado tiempo a formar absceso. Eso estaría cubierto con el Imipenem y el tratamiento pautado"; el 24 de junio, "ayer TAC abdominal sin cambios significativos. PFH, bilirrubina, amilasa, lipasa Ø (...). Estado séptico con dos posibles focos: lecho quirúrgico (no ha habido tiempo para formación de absceso), neumonía bilateral"; el 25 de junio, "drenaje abdominal: 700 ml de fluido seroso, con informe de Microbiología sin crecimiento bacteriano. Sigue con nutrición parenteral por la sospecha de pancreatitis; las PFH, BRb, amilasa, lipasa siguen en rangos de normalidad (...), TAC abdominal con cambios inflamatorios posquirúrgicos sin importancia, a excepción de una vesícula distendida, de paredes engrosadas y posiblemente infectada (...). Vista por Cirugía. Se decide intervención urgente para colecistectomía"; 26 de junio, "mejoría manifiesta tras la intervención quirúrgica (...). Drenaje abdominal recogiendo líquido serohemático, no purulento. Parámetros bioquímicos en rangos de normalidad (...). Foco séptico más probable: vesícula biliar. Tras colecistectomía, los cirujanos informan del aspecto necrótico, flemonoso e infectado ('vesícula en berenjena')"; el 1 de julio, "drenajes de alto débito; el

izq seroso (no purulento) y el derecho serohemático. PFH normales, salvo discreto patrón de colestasis disociada. Amilasas y lipasas siguen normales (...). Febrícula-fiebre (...). Leucocitosis que hoy sube de 24.000 a 28.000 (...). Impresiona de nueva infección de carácter leve, con tres posibles focos (...): abdominal, aunque los drenajes son limpios y las analíticas no llaman la atención (...). Vías de alto riesgo (yugular y arteria femoral) (...). Probable traqueobronquitis; el 2 de julio, "drenajes: I. (...) seroso (...), D. (...) serotemático. Amilasa, lipasa, Brb Ø GGT y FA algo elevadas./ TAC: páncreas: a nivel de la cola, desestructuración del parénquima y colección de líquido no abscesificada a ese nivel en relación con una posible fístula pancreática. Posible foco infeccioso. Resto Ø"; el 3 de julio, "tres focos posibles (pulmonar, vías ya cambiadas y colección abdominal). De los tres, el más probable en mi opinión es la colección abdominal, pero no tengo evidencia ni forma de demostrarlo. Radiología no tiene ángulo para hacer punción guiada por TC y la paciente, desde luego, no está en fallo multiorgánico ni se puede decir que esté evolucionando mal. Sin eso el Servicio de Cirugía no tiene justificación para entrar (ya comentado con ellos)"; el 6 de julio (en las hojas consta junio), "situación de shock séptico, con mejoría en los últimos 2 días en relación con cambios en la terapia antiinfecciosa (...). Dos posibles focos: abdominal (colección a/n cola pancreática) y sobreinfección respiratoria. Valorada por S. Cirugía General como no candidata para intervención"; 8 de julio (en las hojas consta junio), "imagen de último TAC valorada por S. Cirugía General conjuntamente con el radiólogo. No considera que la colección a/n de cola pancreática sea infecciosa y recomiendan su punción a través de cámara gástrica por endoscopia"; el 12 de julio, "sin cambios, Brb Ø Transaminasas Ø. Drenajes serosos, y el 13 de julio, que "persiste el estado séptico (...). Se decide LET". h) Biopsia informada por el Servicio de Anatomía Patológica el día 1 de julio de 2009, que arroja el diagnóstico de "carcinoma de células renales papilar tipo II, grado nuclear de Fuhrman alto. Hilio renal sin infiltración tumoral", y "pieza de esplenectomía sin alteraciones histológicas relevantes". i) Informe de autopsia, solicitado el día 13 de julio de 2009 por el Servicio de UVI

Cuidados Intermedios e informado por Anatomía Patológica el 5 de octubre siguiente. En él se detalla que “los hallazgos macroscópicos junto con la historia clínica remitida son sugestivos de un shock cardiogénico, asociado a afectación sistémica por patología pancreática pendiente de tipificar su carácter inflamatorio o infeccioso por microscopía. Los abscesos localizados en el lecho quirúrgico podrían ser el foco de una sepsis, que se confirmará o se descartará con Microbiología, y que nos planteamos como desencadenante del shock cardiogénico causante del fallecimiento de la paciente. El estudio microscópico de las verrugas valvulares cardiacas será determinante para saber si se trata de un mero epifenómeno (endocarditis marántica) o un agente causal esencial en el proceso”. En el mismo informe, tras referir los hallazgos microscópicos que se aprecian en el “páncreas (...) -adipocitos desvitalizados con saponificación adyacentes a zona de intenso infiltrado inflamatorio y presencia de nidos epiteliales típicos”-, se consignan, entre otros diagnósticos, “abscesos pancreáticos y peripancreáticos./ Estado séptico. Endocarditis marasmática”. j) Informe de alta, emitido el 16 de octubre de 2009 por el Médico Adjunto de Medicina Intensiva responsable de la atención. En él resume la evolución de la perjudicada desde su ingreso en la UCI, el día 21 de junio de 2009, “con cuadro séptico sin foco claro que evoluciona rápidamente a fracaso multiorgánico (...). Como posibles focos destaca una vía biliar prominente, aunque las pruebas de función hepática no son compatibles con colestasis, y una desestructuración de la cola del páncreas aparentemente relacionada con la cirugía previa, aunque los enzimas pancreáticos son persistentemente normales. En la radiografía de tórax se aprecia un patrón alveolar bilateral compatible con neumonía bilateral vs. síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA). Interpretado inicialmente como neumonía, se trató empíricamente (...). El día 23-06-2009 se aprecia aparente focalidad derecha a la exploración, por lo que se realiza TC de cráneo, que es normal. Se realiza también TC abdominal que no muestra cambios significativos respecto al previo./ A lo largo del mismo día 23-06-2009 continúa empeorando la situación respiratoria (...). Asimismo, empeora el fallo renal que pasa a anuria completa (...). El día 25-06-2009 (...) se comenta

nuevamente el caso con el Servicio de Radiología que, comparando las imágenes de los TC previos, observa algún cambio evolutivo en la vesícula biliar, sugestivo de colecistitis como posible foco séptico y desencadenante del SDRA. Valorado por Cirugía General, se decide intervención quirúrgica, realizándose colecistectomía por vesícula muy distendida compatible con colecistitis alitiásica./ Tras la intervención, mejoría significativa de la función respiratoria a lo largo de los días siguientes, apreciándose en las radiografías de tórax una resolución completa del cuadro de SDRA, y posteriormente recuperación de diuresis (...). El día 01-07-2009 se aprecia agudización de la leucocitosis que hace pensar en un nuevo foco séptico. El día 02-07-2009 se realiza TC de abdomen que continúa mostrando desestructuración de la cola de páncreas con líquido no sugestivo de absceso a ese nivel, en posible relación con fístula pancreática iatrogénica. En relación con esto se aprecian de nuevo signos de SDRA en los controles radiográficos, así como reagudización del fallo renal que evoluciona de nuevo a oligoanuria./ El día 07-07-2009 nuevo TC de abdomen que muestra colección líquida a nivel de cola de páncreas con algunos cambios evolutivos sugestivos de inicio de abscesificación./ Comentado el caso con Cirugía General no aprecian evidencia suficiente de que la colección pancreática sea el foco séptico, por lo que consideran excesivo el riesgo de una eventual intervención y sugieren evacuación a través de punción gástrica por eco-endoscopia. Comentado con el Servicio de Digestivo se programa eco-endoscopia que se realiza el día 10-07-2009. Durante la técnica, se consigue punción de dos cavidades quísticas por vía transgástrica, una de ellas con salida de líquido aparentemente purulento que se envía a cultivo. Se deja colocada sonda oroquística para realización de lavados./ Sin embargo, la evolución clínica continúa siendo muy desfavorable, especialmente en lo que respecta a la situación respiratoria (...). En esta situación, se decide limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo el día 13-07-2009 a las 14:30 horas. La familia autoriza realización de necropsia", cuyos resultados finales "confirman las sospechas clínicas que se tenían en el momento del fallecimiento". Finalmente, se anota como diagnóstico "posoperatorio de hipernefroma. Colecistitis alitiásica en el

posoperatorio. Colectomía. Fístula pancreática con colección adyacente, probablemente por lesión iatrogénica. Sepsis de probable foco abdominal. SDRA secundario. Fallo renal anúrico. Exitus”, añadiendo que “los resultados finales de la necropsia realizada confirman las sospechas clínicas que se tenían en el momento del fallecimiento”. En concreto, que este “se produce en una situación de shock séptico severo con afectación multiorgánica (...). El foco primario desencadenante del shock séptico se sitúa en el absceso pancreático y peripancreático (...). La situación pulmonar en el momento del fallecimiento era de edema pulmonar no cardiogénico (...) que iniciaba evolución hacia fibrosis pulmonar generalizada (...). El resto de los hallazgos (...) son (...) hallazgos causales sin relación con la evolución de la enferma o bien consecuencias directas” de lo anterior.

4. Mediante escrito presentado el día 28 de junio de 2010, los reclamantes, actuando en su propio nombre y en interés del otro hijo de la perjudicada, presentan en el registro de la Administración del Principado un escrito al que adjuntan la documentación requerida, consistente en: a) Copia simple del testamento otorgado por la fallecida. b) Fotocopia del Libro de Familia. d) Certificaciones de matrimonio y de nacimiento de los interesados. e) Certificado de defunción.

5. Con fecha 30 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor el informe evacuado por el Jefe del Servicio de Urología.

En él refiere que la enferma acudió a su consulta en mayo de 2009, remitida por el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de “gran masa renal” (...). Fue vista en la consulta y normalmente hay que aclarar que a los pacientes, en general, cuando es un tumor se les dice que es un quiste; no es procedente decir un tumor para evitar un shock (...), pero a la familia se les notifica”.



Expone que “un tumor del tamaño del que tenía esta paciente, con una edad de más de 70 años, tiene más riesgo de los normales, pero desde luego lo que no se debe (...) hacer es no operarla, ya que se moriría con ese tumor, por lo que la indicación de la nefrectomía está clara”.

Añade que, “por razones anatómicas, el riñón izquierdo está situado muy cerca del páncreas, bazo y del colon (...), por lo que no es infrecuente que al manipular la masa e intentar resecarla completamente”, como en este caso “con muchas dificultades por adherencias”, se puedan, “no lesionar”, pero sí producir “pequeñas inflamaciones en el páncreas”.

Explica que posteriormente la enferma tuvo un fallo renal, “una complicación que pueden tener los enfermos a partir de (...) una edad por cuadros infecciosos, en el posoperatorio, etc.”, y que “se le practicó una colecistectomía de urgencia pensando que el foco séptico que tenía y que dio lugar al fallo renal había sido la vesícula”, aunque el estado de la paciente “se fue complicando, se drenó un pequeño absceso pancreático y falleció”.

Por último realiza un resumen en el que pone de manifiesto que “hubo dificultades en la nefrectomía por ser una gran tumoración y estar muy adherida a los otros planos”.

**6.** Mediante escrito de 27 de julio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias reitera a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV la petición de informe sobre el contenido de la reclamación del Servicio UVI.

El día 5 de agosto de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones remite el informe de alta suscrito, con fecha 16 de octubre de 2009, por el Médico Adjunto de Medicina Intensiva responsable de la atención de la paciente, cuya copia ya obraba en la historia clínica.

**7.** Previa solicitud del Jefe del Servicio instructor a los reclamantes a fin de que acrediten el poder que ostentan para representar a su hijo y hermano, respectivamente, el día 9 de agosto de 2010 comparece este en las dependencias administrativas y declara que su padre “posee capacidad de

representación suficiente” para formular la solicitud de responsabilidad patrimonial en su nombre, entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos en el procedimiento en curso.

**8.** Con fecha 14 de octubre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, resumidos los hechos reclamados, descrito el daño y valorado globalmente el caso, concluye que la paciente, de 73 años y diagnosticada de hipernefroma, fue intervenida quirúrgicamente, “existiendo dificultades en la nefrectomía por ser una tumoración de gran tamaño (17 x 12 x 14 cm) y estar muy adherida a otros planos”. Tras la operación, se produjeron “una serie de complicaciones entre las que se incluye la lesión pancreática, finalizando el proceso con el exitus de la paciente”. En cuanto a la información facilitada, pone de manifiesto que en la documentación que la misma “firmó para su inclusión en lista de espera quirúrgica constaba el diagnóstico de tumor renal izquierdo y como complicaciones posibles de una nefrectomía la lesión a otras vísceras, las infecciones, las fístulas y las complicaciones pulmonares”, por lo que “no puede concluirse” que “no recibiese información respecto a su proceso”; además “el Jefe del Servicio de Urología manifiesta que la familia fue informada del proceso de la enferma”. Colige, por tanto, que la asistencia prestada “se realizó conforme a la *lex artis* y que nos encontramos ante un caso de materialización de un riesgo típico, asumido y aceptado por la perjudicada con la firma del correspondiente consentimiento informado, donde de forma explícita constaba la posibilidad de lesión de órganos vecinos (...), riesgos que son posibles con la más depurada técnica quirúrgica”. En consecuencia, entiende que la reclamación debe ser desestimada.

**9.** Mediante escritos de 15 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente generado a la correduría de seguros.

**10.** Con fecha 18 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Urología. En él, tras referir la documentación analizada, resumir los hechos y realizar diversas consideraciones sobre las complicaciones que se pueden presentar durante la realización de una nefrectomía radical izquierda, tales como la esplenectomía, la lesión pancreática y la pancreatitis aguda o colecisto-pancreatitis, formula las siguientes conclusiones: la paciente fue correctamente diagnosticada y tratada mediante nefrectomía radical de un “gran tumor” en el riñón izquierdo. Asimismo, considera que “fue suficientemente informada” de su enfermedad, ya que en la hoja de interconsulta por la que fue derivada al Servicio Urología figura el diagnóstico de “tumor renal izquierdo” y suelen ser los pacientes quienes llevan “en persona” dicha hoja para pedir cita. Además, fue la propia enferma quien firmó su inclusión en la lista de espera quirúrgica para “nefrectomía radical izquierda”, en la que constaba idéntico diagnóstico.

Señala que en “el mismo acto quirúrgico de la nefrectomía se extirpó también el bazo por aparente infiltración tumoral del mismo” y refiere que la “esplenectomía (...) durante una nefrectomía izquierda por sospecha de infiltración o lesión se describe en la literatura especializada entre el 8,7% y el 24,2% de los casos, siendo mucho más frecuente en los tumores de gran tamaño que afectan al polo superior del riñón como en este caso”. Destaca que “en el documento de consentimiento informado que la paciente firmó se especifica la posibilidad de lesión de otras vísceras”.

Entiende que como consecuencia de “la mala evolución clínica se le realizó una TAC, siendo diagnosticada de ‘colecisto-pancreatitis aguda’, debido a los siguientes hallazgos (...): ‘dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (...). La dilatación de la vía biliar se asocia a una gran distensión de la vesícula que presenta líquido a su alrededor (...) ‘con contenido denso en su interior, que podría corresponder con barro biliar y cálculos (...). ‘Existe una desestructuración de la celda pancreática y del páncreas, con abundante líquido en la celda pancreática”. Sin embargo, afirma que “la colecisto-pancreatitis

aguda no está descrita como complicación de la nefrectomía izquierda, ya que anatómicamente es imposible. Además el informe de la TAC cita su etiología: ‘barro biliar y cálculos’.

Pone de manifiesto el autor del informe que durante el posoperatorio, tras una colecistectomía con “mejoría significativa de su cuadro séptico de fracaso multiorgánico”, y frente al posterior empeoramiento de la paciente, se realiza una nueva TAC y se sospecha de “pancreatitis aguda focal en cola o fístula pancreática”; diagnóstico que, según señala, no se confirmó posteriormente “ya que (...): En la TAC del 07-07-2009 no se hace mención a ella (...). En los comentarios clínicos se dice que el contenido del drenaje izquierdo (lecho quirúrgico de la nefrectomía) aunque es ‘seroso’ se pidieron amilasa y lipasa en el drenaje. En la documentación clínica no he encontrado esta analítica, supongo que sería normal, ya que si no estaría bien detallada en los evolutivos (...). Cuando existe una lesión de la cola del páncreas por el drenaje quirúrgico saldrá un líquido de aspecto lechoso con elevado contenido en amilasa pancreática (...). En la autopsia no se hace referencia a la existencia de lesión iatrogénica en el páncreas (...). Por lo tanto el diagnóstico de sospecha de fístula pancreática que se menciona en el informe de alta de la UVI no fue correcto (...). Todas las determinaciones de amilasa y lipasa pancreática fueron normales”, por lo que “habría que poner también en duda el diagnóstico de pancreatitis traumática”. Finalmente, considera que es “muy probable que el foco séptico se localizara en la vía biliar”.

**11.** Con fecha 27 de diciembre de 2010, se notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días.

Mediante diligencia extendida al efecto el día 3 de enero de 2011, quien acredita ser el representante legal de los interesados toma vista del expediente y se le hace entrega de una copia de los documentos que lo integran.

**12.** Evacuado trámite de audiencia sin que los interesados formulen alegaciones, con fecha 3 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al concluir que la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada se realizó conforme a la *lex artis*.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 31 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

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

directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante. Sin embargo, quienes suscriben el escrito de reclamación, que dicen actuar tanto en nombre propio como en representación de uno de los hijos de la fallecida, no acreditan la citada representación. Requerida por el instructor la subsanación de este defecto, el representado otorga poder *apud acta* a favor de su padre el día 9 de agosto de 2010, esto es, en fecha posterior a la de prescripción de la acción para reclamar. En tales circunstancias, y puesto que los efectos del apoderamiento no pueden desplegarse más que hacia el futuro, la falta de acreditación de la representación no puede entenderse subsanada. Esta circunstancia sería suficiente para desestimar la reclamación presentada en nombre del hijo de la fallecida, al haberse formulado la reclamación por persona no legitimada.

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 26 de mayo de 2010, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 13 de julio 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, 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.-** Es objeto de nuestro análisis una reclamación de daños por fallecimiento, que se achaca la asistencia prestada para el tratamiento de un tumor renal en un hospital de la red pública sanitaria.

Documentada en el expediente la muerte que da origen a la reclamación, cabe presumir que los perjudicados han sufrido un daño moral susceptible de valoración económica, que abordaremos en caso de estimar que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad pretendida.

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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo 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.

Afirman los interesados que el fallecimiento se produjo a causa de una "mala práctica quirúrgica". Aducen que durante la intervención tuvo lugar una

“afectación del páncreas”, que “nunca” debería haberse producido, la cual derivó, según señalan, en una “pancreatitis iatrogénica” que vinculan al shock cardiogénico causante del fallecimiento.

Asimismo, manifiestan que en el momento del ingreso para la intervención quirúrgica “no se le había diagnosticado que dicho quiste o masa tuviera carácter cancerígeno”, y reprochan una tardía información a “la familia” sobre la malignidad de la masa renal evidenciada a principios de mayo de 2009, pues sostienen que no conocieron su verdadera entidad hasta la realización de “la biopsia del riñón extirpado”, la cual tuvo lugar el día 1 julio de 2009. No obstante, no concretan en qué medida estas pretendidas infracciones de la *lex artis* condicionaron la evolución del proceso y contribuyeron a la producción del resultado dañoso por el que se reclama.

En prueba de sus imputaciones aportan los informes de alta del Servicio UVI y de la autopsia practicada a instancia del mismo Servicio.

Frente al reproche de los interesados, los datos que obran en el expediente, fruto de la actividad instructora, nos permiten alcanzar las siguientes conclusiones en relación con los hechos en los que se basa la reclamación.

La esposa y madre de los perjudicados fue diagnosticada de un gran tumor renal izquierdo el día 6 de mayo de 2009. El día 11 del mismo mes, la propia paciente suscribe la solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica para la realización de una “nefrectomía radical izda.” por “tumor renal”, y es intervenida el día 17 de junio de 2009.

La extirpación del riñón resultaba imprescindible para el tratamiento del tumor que la paciente presentaba, según destaca el informe librado por el Servicio responsable, aunque no estaba exenta de riesgos, entre otros, los de “hemorragia incoercible (...). Complicaciones pulmonares (...). Problemas de la herida quirúrgica: infección, apertura, eventración. Fístulas (...). Lesiones de otras vísceras”, que figuran en la hoja de consentimiento informado suscrita por la enferma.

Como explica el Servicio responsable en su informe, una de las complicaciones conocidas de este tipo de intervenciones, por razones puramente anatómicas, es la lesión iatrogénica involuntaria de las vísceras adyacentes al riñón, sobre todo cuando del izquierdo se trata, pues este órgano se encuentra “muy cerca del páncreas, bazo y del colon”. En el caso objeto de nuestro análisis, el gran tamaño de la tumoración y el hecho de estar aquella “muy adherida a los otros planos” constituían factores que incrementaban dicho riesgo, el cual acabaría por materializarse en el supuesto que examinamos. En este sentido, se recoge en la hoja descriptiva de la operación que durante la cirugía se produjo una “dislaceración del bazo” que determinó la extirpación de este órgano junto con la del riñón canceroso, si bien no consta en la documentación incorporada al expediente que aquella complicación, resuelta en el mismo quirófano, haya contribuido a la desfavorable evolución posoperatoria de la paciente.

Tras la cirugía, la paciente inició un cuadro séptico “sin foco claro”, como se señala en el informe de alta. Tratando de averiguar la causa de la sepsis, el equipo médico del Servicio UVI se planteó como origen probable de la infección una pancreatitis o una fístula pancreática de origen iatrogénico, las cuales se registran en el informe de alta propuesto por las partes en apoyo de su pretensión como meros focos infecciosos posibles. No obstante, el mantenimiento de los parámetros de función hepática y de enzimas pancreáticas dentro de los rangos de normalidad y el carácter seroso del producto de los drenajes ponían en duda reiteradamente que la causa del proceso séptico tuviese su origen en una lesión pancreática. Además, tal y como resulta de las anotaciones practicadas en las hojas de observaciones y curso médico del citado Servicio y del propio informe de alta, existían indicios que orientaban hacia otros focos infecciosos posibles, tales como la obstrucción de la vía biliar, la neumonía bilateral, una colecistitis que se resolvió mediante cirugía, la infección del lecho quirúrgico o de las vías femoral o yugular, o una traqueobronquitis. En la tarea de localización del foco séptico el Servicio UVI solicitó numerosos estudios de imagen y llevó a cabo un control continuado,

tanto de los parámetros bioquímicos de la paciente como del débito de los drenajes quirúrgicos. Asimismo colaboró activamente con otros Servicios -Radiología y Cirugía- que aportaron sus conocimientos especializados y experiencia para tratar de determinar el origen de la infección. Pese a actuar con la diligencia que la buena praxis impone, los resultados de los estudios diagnósticos no permitieron la determinación indubitada del origen de la sepsis -necesariamente previa a la instauración del oportuno tratamiento- antes de que se produjese el fallecimiento de la paciente. Además, el informe aportado a instancia de la entidad aseguradora señala que, aunque el informe de alta de la UVI establece un diagnóstico de “sospecha de fístula pancreática”, las pruebas analíticas lo descartan y en la autopsia “no se hace referencia a la existencia de lesión iatrogénica en el páncreas”, por tanto dicho diagnóstico “no fue correcto”. Finalmente, indica que “todas las determinaciones de amilasa y lipasa pancreática fueron normales”, por lo que “habría que poner también en duda el diagnóstico de pancreatitis traumática”, considerando como más probable que el foco séptico se localizara “en la vía biliar”.

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 médico-quirúrgica del servicio público sanitario a la que pudiera ser imputable el fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes. En definitiva, hemos de concluir que la evolución tórpida del proceso que desencadenó el fallecimiento de la paciente está relacionada con la materialización de un riesgo típico que se encuentra dentro de los posibles en el desarrollo de la cirugía a la que fue sometida; complicación que la paciente conoció y asumió previamente con la firma del oportuno consentimiento informado. 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.