

Expediente Núm. 223/2015
Dictamen Núm. 26/2016

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 11 de febrero de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, y la abstención de don Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio en aplicación de lo dispuesto en el artículo 9.1 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, del Consejo Consultivo, y en los artículos 14.1 y 30.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, al concurrir la causa prescrita en el artículo 28.2.b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de noviembre de 2015 -registrada de entrada el día 10 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la

reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia prestada durante una intervención quirúrgica de colecistectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 2 de enero de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -a la que denomina "reclamación administrativa previa"- por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que el 18 de octubre de 2013 ingresa en el Servicio de Cirugía General del Hospital "para ser intervenida quirúrgicamente por colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) por laparoscopia, ya que padecía cólicos biliares de repetición", precisando que "tenía antecedentes por carcinoma de cérvix en 2006 que precisó radioterapia complementaria".

Señala que "durante la intervención quirúrgica el doctor perfora el asa yeyunal, por lo que la cirugía pasa a ser abierta. Se extirpa la vesícula, se sutura el yeyuno (...), se procede a la liberación de (...) adherencias y se coloca el tubo de Kher", aclarando que "pocos días después (...) comienza a sentirse mal y presenta fiebre. Se le realiza TAC el 20-10-13, sin poder identificar perforación yeyunal. Pero, ante la persistencia y agravamiento de los síntomas, el 25-10-13 se le practica TAC de urgencia observándose una colección purulenta y aire en la zona de sutura del yeyuno, por lo que se diagnostica perforación yeyunal y se decide reintervenir quirúrgicamente, ya que presenta peritonitis./ El 25-10-13 se reinterviene quirúrgicamente (...). El 4-11-13 se realiza colangiografía transyeyunal, observándose fuga de contraste en el punto de inserción del tubo en T y estenosis del colédoco".

Manifiesta que a partir de entonces "empeora, se siente mal y presenta inestabilidad hemodinámica, por lo que debe ingresar en UVI" desde el 13

hasta el 21 de noviembre de 2013, "observándose en la colangiografía transyeyunal, efectuada el 15-11-13 mal posicionamiento del tubo de Kher. Se retira el tubo de Kher observándose posteriormente drenajes de contenido bilioso y fístula intestinal./ Se diagnostica bacteriemia por *Enterococcus faecium*, pautándose tratamiento antibiótico./ Tras la evolución de su intervención quirúrgica (...) debe ser vista por el Servicio de Psiquiatría./ El 29-01-14 es dada de alta con el diagnóstico de colelitiasis, perforación yeyunal, peritonitis purulenta, estenosis del colédoco, fístula intestinal, bacteriemia por *Enterococcus* y soporte en UVI, con tratamiento de dieta, control del médico de Atención Primaria y posible seguimiento con Psiquiatría, revisión en (...) Cirugía General y realizar curas diarias de herida por fístula intestinal en centro de salud y (...) medicación". Añade que "en la actualidad sigue acudiendo a su centro de salud por seguir supurando a través de la fístula intestinal y está a tratamiento psiquiátrico".

Afirma que durante el referido proceso se produjeron "errores (...) que provocaron una falta asistencial grave y contraria a las reglas de actuación en materia sanitaria, al producirse perforación duodenal durante la intervención quirúrgica (y sin tener en cuenta los antecedentes de radioterapia que debilitan el estómago) y deficiente colocación del tubo de Kher, lo que provocó una peritonitis, estenosis del colédoco, fístula intestinal, sepsis, una segunda intervención quirúrgica, un ingreso en la UVI y tratamiento psiquiátrico, así como contagio hospitalario, no ajustándose la actitud de los médicos a la *lex artis*". Igualmente, entiende que se produjo una "ausencia de consentimientos informados donde se hayan explicado adecuadamente a la paciente los riesgos personalizados y alternativas posibles", y que "no fue informada de las complicaciones que finalmente sufrió y de las que sigue padeciendo secuelas a fecha actual".

Añade que "la asistencia inadecuada prestada (...) trae como consecuencia días de incapacidad, secuelas para su salud y daño moral", y solicita que se declare "la responsabilidad en la cantidad que sea cuantificada

en el momento oportuno, a tenor de la valoración de las secuelas y daños generados (incluidos los morales)”.

Propone la práctica de prueba documental consistente en la incorporación al expediente de la historia clínica obrante en el Hospital y en el Centro de Salud

2. Con fecha 30 de enero de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación al seguro y de la historia clínica de la paciente.

3. El día 3 de febrero de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de “las historias clínicas de Atención Primaria y de Especializada”, así como la emisión de un informe por parte del Servicio de Cirugía General.

4. Mediante escrito notificado a la perjudicada en un segundo intento el 23 de febrero de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 9 de marzo de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias reitera al Gerente del Área Sanitaria IV la solicitud de “la historia clínica de Atención Primaria” y del informe del Servicio afectado, señalando que ya ha recibido copia de la historia clínica de “Atención Especializada”.

6. Mediante oficio de 13 de marzo de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de

Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe médico emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital En él, fechado el día 10 del mismo mes, se señala que "la paciente fue ingresada para cirugía electiva de litiasis biliar sintomática desde hacía años, el antecedente ya está recogido en la historia de nuestro hospital en el año 2011 (...). El resto de antecedentes médicos y quirúrgicos también eran conocidos y están recogidos en la historia clínica".

Explica que la colecistectomía "es la indicación que ha de hacerse ante una coleditiasis sintomática. El que el abordaje sea 'abierto' o mediante 'laparoscopia' es una opción técnica por la que opta el cirujano según la valoración que haga del caso". Precisa que el consentimiento informado suscrito por la paciente, "cuando explica qué es la laparoscopia", indica que "en casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible realizar o concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía)".

Manifiesta que la intervención fue realizada por un "cirujano de la Unidad de Cirugía Hepatobiliar (...) que realiza habitualmente este procedimiento" y que, "como se recoge en la hoja operatoria, en la inserción del trocar paraumbilical se produce la lesión de un asa yeyunal y el cirujano decide suspender el procedimiento laparoscópico y convertir a laparotomía para completarlo. Repara la lesión del asa intestinal y prosigue con la intervención por vía abierta".

Considera que la "decisión es perfectamente sensata, ya que las adherencias de las cirugías previas y la posible lesión radica del intestino no garantizaran una correcta reparación de la perforación con la técnica laparoscópica; gesto este que en otras circunstancias sera lícito realizar".

Aclara que "en la tarde del segundo día de posoperatorio la paciente presenta dolor en el flanco derecho y la analítica muestra elevación de los leucocitos e indicadores de infección. Se le realiza un TAC urgente que no muestra hallazgos relevantes" e identifica "un tubo de Kehr en correcta posición (...). El estudio se repite dos horas después (...) sin poder determinar que exista

fuga por la sutura intestinal. Se cambió el régimen antibiótico a un mayor espectro y se mantuvo la conducta expectante”.

Refiere que “en los días sucesivos la paciente no evoluciona con franqueza hacia la mejoría”, por lo que “en el 7.º día posoperatorio (...) se realiza un nuevo TAC de control que informa de la presencia de “(...) una colección (...) con múltiples burbujas, adyacente a la zona de la anastomosis yeyunal”, “(...) no puede demostrarse perforación intestinal”, pero “estos hallazgos son más sugestivos de perforación intestinal que de cambios posquirúrgicos”. Ante tal situación “la cirujana de guardia (...) decide practicar una reintervención por la sospecha de peritonitis”, confirmándose una “peritonitis localizada” como consecuencia del absceso”.

Expone que durante “la revisión de la cavidad abdominal se produce una apertura de un centímetro de un asa” que se sutura y refuerza”. Menciona que “la paciente sigue un curso posoperatorio aceptable, pero en los cultivos obtenidos en la segunda cirugía se demuestra la presencia de *E. coli* y *Candida albicans*, lo que obliga a modificar la pauta antibiótica siguiendo recomendaciones de la Unidad de Infecciosas. Los drenajes abdominales y el drenaje de Kehr funcionan con normalidad, aunque el 4-11-2013 se anota en el curso clínico la sospecha de que exista una fístula intestinal, por lo que se indica nutrición parenteral y mantenimiento de la dieta absoluta. En la anotación del día 6 parece evidente que presenta una fístula intestinal./ El mismo día 4-11 se había realizado una colangiografía por el tubo de Kehr que informa de su correcta posición y de una “pequeña fuga de contraste en el punto de intersección del tubo en T”. Evidentemente esta “pequeña fuga” no era la causa de la fístula recogida en el drenaje, y debe asumirse (...) que la fístula tiene origen intestinal. El día 11, día 24 de posoperatorio de la primera intervención, el débito del tubo en T cae a 0./ No es posible que un drenaje de la vía biliar tenga un débito de “cero”, por lo que debe pensarse que está desplazado o tiene algún otro problema. Se realiza una nueva colangiografía que demuestra que el tubo en T está fuera de la vía biliar y se retira (...). En la práctica habitual los drenajes biliares se retiran después del día 10 a 12 de

posoperatorio por simple tracción. Se asume que en ese tiempo de evolución el tubo, como cuerpo extraño, ya ha producido las adherencias necesarias en su trayecto para que `el agujero´ que deja en la vía biliar esté contenido y no se derrame bilis a la cavidad abdominal. Es normal que durante dos o tres días se produzca una pequeña pérdida de bilis por el orificio cutáneo por el que salía el tubo y luego se cierre espontáneamente. La salida accidental del tubo de Kehr dejado largo tiempo no es infrecuente y no tiene ninguna consecuencia”.

Añade que “en estos mismos días la paciente agrava los signos clínicos y analíticos de infección. Se realiza un nuevo TAC urgente el 13-11 que no da información relevante. No hay (...) ningún otro foco de sepsis identificable. Sin embargo, el día 14-11 Infecciosas comunica que en los hemocultivos crece un *Enterococcus* y ajusta el tratamiento antibiótico. La paciente tiene criterios de sepsis grave y se traslada a la UVI para su soporte./ Durante su estancia en UVI se recibe cultivo de orina que muestra el crecimiento de *Enterococcus faecium*, por lo que se asume que el germen del hemocultivo tiene ese origen./ La paciente es alta de la UVI el día 20-11 con buena estabilidad hemodinámica sin necesidades de soporte y la sepsis controlada”.

Señala que “a su llegada a planta de hospitalización la paciente mantiene los drenajes de aspecto fistuloso y bajo débito, tiene tránsito intestinal y se asume una conducta conservadora, aunque se valora la posibilidad de una reintervención quirúrgica para corregir la fístula”. Explica que “las fístulas intestinales pueden ser reintervenidas o manejadas con tratamiento conservador (...). Una fístula de bajo débito, con tránsito intestinal distal y bien drenada se asume que cierra espontáneamente”. Reseña que “por dos veces se intentó reanudar la vía oral, pero eso conllevó un aumento del débito y hubo de aplazarse. Se realizó un estudio radiológico con contraste oral que informa de `trayecto fistuloso de unos 3 centímetros de longitud desde un asa de yeyuno, con débito escaso y que permite el paso distal del contraste´. Con esta información parece avalado el manejo conservador del problema”.

Indica que “en el día 50 de posoperatorio, con la paciente en buenas condiciones y el drenaje estabilizado (...), se reanuda paulatinamente la vía oral

manteniendo la nutrición parenteral./ El 13-01-14 se decide reevaluar nuevamente la situación, ya que, aunque la paciente está aceptablemente, la fístula no termina de resolverse y algunos miembros del equipo consideran tomar en cuenta de nuevo la reintervención quirúrgica. Finalmente, se decide continuar con la conducta conservadora (...). El 29-01-2014, la paciente es alta para seguir curas en su centro de salud y observación de la evolución de la fístula y seguimiento en consulta externa de nuestro Servicio”.

Manifiesta que “la larga hospitalización con encamamiento prolongado y los múltiples y graves percances que padeció tuvieron repercusión sobre su estado físico y anímico. Fueron consultados los Servicios de Rehabilitación y Psiquiatría, que prestaron apoyo. Cabe señalar que la paciente ya en diciembre de 2012 había tenido un ingreso durante 8 días en la Unidad de Psiquiatría por síntomas psicóticos, y fue alta con diagnóstico de trastorno disociativo y la medicación correspondiente. Desde entonces estaba en seguimiento en su Centro de Salud Mental (...). Aunque debemos lamentar los trastornos graves sufridos por la paciente, no podemos compartir las expresiones presentes en su reclamación de negligencia, actos imprudentes, asistencia inadecuada, etc. (...). Al contrario, la pericia y dedicación de todo un equipo de profesionales cirujanos, intensivistas, radiólogos, rehabilitadores, infectólogos, etc. (...) permitieron sacar adelante un curso clínico, muchas veces crítico, que no hubiera podido ser superado con dejadez o mala praxis”.

7. Con fecha 24 de marzo de 2015, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la “documentación clínica correspondiente a Atención Primaria” de la reclamante.

8. El día 25 de mayo de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras reseñar los antecedentes del caso, señala que “la reclamante basa su solicitud de indemnización en la existencia de una ‘falta asistencial grave’, al

producirse una perforación intestinal que atribuye a no haber tenido en cuenta sus antecedentes de tratamiento radioterápico y a una `deficiente colocación` del tubo de Kehr y su pretendida relación con la fístula intestinal”.

Explica que “la perforación de un asa intestinal en el curso de la colecistectomía constituye la materialización de un riesgo típico de este procedimiento. En el documento de consentimiento informado para colecistectomía figuran los riesgos de `fístula intestinal` y `lesiones de órganos vecinos`. Tras la lesión fueron precisamente los antecedentes de tratamiento radioterápico los que decidieron reconvertir el procedimiento a laparotomía. Tal y como indica el Jefe del Servicio de Cirugía General en su informe, la reconversión del procedimiento `es una decisión perfectamente sensata, ya que las adherencias de las cirugías previas y la posible lesión r dica del intestino no garantizar an una correcta reparación de la perforación con técnica laparoscópica”.

En cuanto a la “mala colocación del tubo de Kehr”, el informe técnico de evaluación asume las explicaciones ofrecidas en el elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General, y concluye que “la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*. Las complicaciones surgidas tras la intervención quirúrgica (perforación intestinal, sepsis y fístula intestinal) constituyeron la materialización de (...) riesgos t picos de este tipo de procedimientos que la paciente conocía y asumió, puesto que firmó el documento de consentimiento informado que recoge estas posibilidades. Una vez que aparecieron las complicaciones se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para solucionarlas”.

9. Mediante escritos de 3 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una 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.

10. El día 14 de julio de 2015, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica. En él sostiene que “la indicación de colecistectomía y el estudio previo fue el correcto”, ya que “valorando el riesgo/beneficio (son mayores) los riesgos que puede tener una colelitiasis sintomática que no se opera, por las complicaciones que pueden aparecer, que los riesgos de una colecistectomía”.

En cuanto a la perforación intestinal ocurrida en el curso de la laparoscopia, señala que aquella “se observa con mayor frecuencia cuando existe un gran proceso inflamatorio o en adherencias por anteriores intervenciones”, y explica que las adherencias abdominales “son causa de dificultad quirúrgica en los pacientes que son reintervenidos por la misma patología u otra distinta al poco tiempo de la intervención anterior o muchos años después”. No obstante, considera que “la vía de absceso para la realización de la colecistectomía” es correcta, que también lo es “la información facilitada a la paciente de las posibles complicaciones” y que “la lesión intestinal en la puerta de entrada del trocar es una complicación descrita y posible”. Entiende que “la reconversión de cirugía laparoscópica a abierta es correcta y a juicio del cirujano”, y reitera que “la lesión intestinal en la reintervención es una lesión descrita y posible”.

Sobre la colocación del tubo de Kehr, estima que se realizó “perfectamente” y que su “movilización accidental (...) no ofreció ninguna repercusión clínica negativa en el curso de la evolución”. Afirma que “la ligera estenosis de colédoco después de las maniobras quirúrgicas en el mismo es habitual y no ofrece ninguna repercusión clínica”, que “la sepsis peritoneal se trató correctamente” y que “el tratamiento conservador de la fístula intestinal fue correcto”.

Concluye que “no hubo asistencia deficiente, negligencia, actos imprudentes ni asistencia inadecuada por los facultativos (...), habiendo tratado a la paciente convenientemente y en el tiempo adecuado en cada momento”.

11. Consta incorporado al expediente el informe emitido, también el 14 de julio de 2015, por un gabinete jurídico privado a instancia de la entidad aseguradora. En él se concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias fue absolutamente diligente y adecuada a la *lex artis*, toda vez que las complicaciones sufridas por la paciente no reflejan una mala práctica, habiendo sido informada además de dichos extremos”. Añade que “la paciente suscribió el correspondiente consentimiento informado donde se advertía de las complicaciones de la intervención”, y que “no consta acreditado el daño reclamado”, por lo que no procede otorgar indemnización a la reclamante.

12. Mediante escrito notificado a la interesada el 7 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

13. El día 26 de octubre de 2015, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que se ratifica “en los hechos señalados en el escrito de reclamación administrativa previa”, y manifiesta que, de acuerdo con el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, “las causas principales que provocan una lesión intestinal por el trocar son la existencia de adherencias”, y que “las adherencias posoperatorias son causa de dificultad quirúrgica en pacientes que son reintervenidos por la misma u otra patología”. Asimismo, el citado informe indica que “la enteritis posradiación se caracteriza por fenómenos fibróticos irreversibles y potencialmente graves, y que ocurre con mayor frecuencia en cánceres de cérvix, siendo la afectación al intestino delgado grave (cuadros de oclusión intestinal) o retrasos en la cicatrización de los tejidos cuando se realiza algún tipo de intervención quirúrgica en la región expuesta a radiación”. A la vista de ello, considera que “en este caso no se tuvo en cuenta que en la ecografía abdominal de fecha 03-04-2013 (...) se informaba de hallazgos

compatibles con suboclusión intestinal y el hecho de presentar adherencias por radiaciones y cirugías previas aumentaba el riesgo de perforación intestinal”.

Afirma que “el consentimiento informado no incluía información sobre las secuelas que finalmente sufrí (...), ni se tuvieron en cuenta mis circunstancias particulares que aumentaban los riesgos de complicaciones posquirúrgicas, de los que tampoco fui informada”. Además, estima que “la técnica inicial elegida en la intervención del 18-10-13 no ha sido la correcta a la vista de los antecedentes que presentaba” y que “en la 2.ª intervención quirúrgica (...) tampoco fui informada de las secuelas que presenté tras la misma, ni de los riesgos personalizados”.

Por último, advierte de la posibilidad de presentar nuevas alegaciones “a tenor del informe pericial que deba recabar para proceder a la defensa de mis intereses en procedimiento judicial”.

Cuantifica los daños sufridos en seiscientos mil un euros (600.001 €).

14. Mediante oficio de 3 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

15. Con fecha 9 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*. Las complicaciones surgidas tras la intervención quirúrgica (perforación intestinal, sepsis y fístula intestinal) constituyeron la materialización de (...) riesgos típicos de este tipo de procedimientos que la paciente conocía y asumió, puesto que firmó el documento de consentimiento informado que recoge estas posibilidades. Una vez que aparecieron las complicaciones se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para solucionarlas. El segundo consentimiento lo fue para cirugía urgente, que tiene por objeto detectar las

complicaciones que hubiere y solucionarlas, estando las posibles secuelas en relación con el proceso patológico que se detecte”.

Concluye que “no queda acreditado el nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de noviembre de 2015, 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 Sanidad, 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 la interesada activamente legitimada 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 2 de enero de 2015, constando en el expediente que la interesada recibe el alta hospitalaria el día 29 de enero de 2014 -produciéndose además después diversas actuaciones médicas-, 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.- La interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios que atribuye a la práctica de una colecistectomía laparoscópica, reconvertida a laparotomía por la lesión de un asa yeyunal durante la intervención, que derivó en una peritonitis, que requirió de una nueva operación, y en una sepsis.

A este Consejo no le ofrece ninguna duda la realidad de los daños sufridos, que han quedado acreditados con los informes médicos obrantes en el expediente. Resulta probada por tanto la efectividad del daño alegado en los términos que aquella plantea, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 la 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir ya en este momento que, a pesar de que incumbe a quien reclama la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica, la interesada no desarrolla actividad probatoria alguna al respecto. En consecuencia, dado que en el procedimiento administrativo que analizamos aquella no ejercita el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes técnico-médicos que obran en el expediente. No obstante, hemos de señalar que la reclamante advierte -en el escrito presentado durante el trámite de audiencia- de la

posibilidad de presentar nuevas alegaciones “a tenor del informe pericial que deba recabar para proceder a la defensa de mis intereses en procedimiento judicial”. Al respecto, debemos recordar que el artículo 6 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que la reclamación “irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”. Sin embargo, la perjudicada decide no aportar a la Administración toda la información de que dispone o pueda disponer, postergando su presentación a una posterior fase judicial. Como hemos señalado en nuestro Dictamen Núm. 128/2015, no es la primera vez que el Consejo Consultivo asiste al despliegue de este tipo de estrategia defensiva de la pretensión de la parte, que por frecuente -y legítima- que sea no deja de poner de manifiesto una concepción del procedimiento administrativo que encauza la reclamación como un mero trámite que superar para acceder a la apertura de la vía contencioso-administrativa -la propia interesada califica su escrito de solicitud de reconocimiento de responsabilidad patrimonial como de “reclamación administrativa previa”-. Ahora bien, esta práctica provoca que el órgano competente deba resolver sin llegar a conocer la totalidad de los datos técnicos existentes, lo que, inevitablemente, priva de eficacia a la actuación de la Administración pública y perjudica -en contra de lo que parece entender- a la interesada, pues desaprovecha el ahorro de costes que puede ofrecerle la vía administrativa con respecto a la apertura de la vía jurisdiccional para satisfacer sus pretensiones.

Como se desprende de lo expuesto en los antecedentes, la reclamación se origina con base en los siguientes hechos. La interesada, diagnosticada de coleditiasis y con antecedentes de cáncer de cérvix, fue intervenida quirúrgicamente el 18 de octubre de 2013 en el Hospital, donde se le practicó una colecistectomía por medio de laparoscopia. Durante la intervención se produce una punción en un asa yeyunal, por lo que el procedimiento se reconduce a laparotomía. El curso evolutivo de la operación no resultó favorable y, ante la sospecha de una perforación intestinal, es reintervenida el

día 25 del mismo mes confirmándose una peritonitis. Los cultivos obtenidos durante la cirugía muestran la presencia de “*E. coli* y *Candida albicans*”. Además, el 4 de noviembre de 2013 se sospecha la existencia de una fístula intestinal, por lo que se indica nutrición parenteral y mantenimiento de dieta absoluta. En la evolución posterior la paciente presenta criterios de sepsis grave, lo que provoca su ingreso en la UVI entre los días 14 y 20 del mismo mes. Una vez estabilizada regresa a la planta de Cirugía General, donde tras un tratamiento conservador de la fístula recibe el alta el día 29 de enero de 2014, realizando posteriormente curas en su centro de salud.

La reclamante considera que se produjeron “errores (...) que provocaron una falta asistencial grave y contraria a las reglas de actuación en materia sanitaria, al producirse perforación duodenal durante la intervención quirúrgica (y sin tener en cuenta los antecedentes de radioterapia que debilitan el estómago) y deficiente colocación del tubo de Kher, lo que provocó una peritonitis, estenosis del colédoco, fístula intestinal, sepsis, una segunda intervención quirúrgica, un ingreso en la UVI y tratamiento psiquiátrico, así como contagio hospitalario, no ajustándose la actitud de los médicos a la *lex artis*”. Por otra parte, entiende que los consentimientos informados suscritos no contenían “los riesgos personalizados y alternativas posibles”, y que “no fue informada de las complicaciones que finalmente sufrió y de las que sigue padeciendo secuelas a fecha actual”. En el trámite de audiencia, sin aportar al respecto prueba pericial alguna, añade que “no se tuvo en cuenta que en la ecografía abdominal de fecha 03-04-2013 (...) se informaba de hallazgos compatibles con suboclusión intestinal y el hecho de presentar adherencias por radiaciones y cirugías previas aumentaba el riesgo de perforación intestinal”, por lo que estima que no se tuvieron en cuenta “mis circunstancias particulares que aumentaban los riesgos de complicaciones posquirúrgicas” y que “la técnica inicial elegida en la intervención del 18-10-13 no ha sido la correcta a la vista de los antecedentes que presentaba”.

Todos los informes que obran en el expediente, tanto los evacuados por el Servicio que prestó la asistencia sanitaria como el informe técnico de

evaluación y el médico-pericial elaborado a instancias de la entidad aseguradora de la Administración, coinciden en considerar adecuada a la *lex artis* la actuación realizada por el servicio público de salud.

La interesada parte de la consideración de que para la práctica de la primera intervención quirúrgica a la que fue sometida no se tuvieron en cuenta sus antecedentes médicos, relativos al padecimiento años atrás de un cáncer de cérvix que fue objeto de operación y de tratamiento radioterápico. Sin embargo, en el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital consta que los "antecedentes médicos y quirúrgicos (de la paciente) también eran conocidos y están recogidos en la historia clínica". Como bien indica la reclamante, y así lo recoge el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, las adherencias abdominales que pueden producirse con posterioridad a una operación -en este caso, la relativa al carcinoma padecido- "son causa de dificultad quirúrgica". Sin embargo, de la actuación médica realizada no se desprende en ningún momento que los facultativos intervinientes desconocieran la posible existencia de tales adherencias antes del comienzo de la intervención. Al contrario, en la historia clínica de la paciente obra la anamnesis practicada por el Servicio de Cirugía General con ocasión de la remisión de aquella al citado Servicio por su médico de Atención Primaria en la que consta el antecedente de "carcinoma de cérvix en 2006", anotándose expresamente que "se le explica la posibilidad de que no se pueda hacer por laparoscopia y requiera abierta. Tiene dudas pero la acepta porque se le complicó mucho la anterior".

Por lo que se refiere a la primera intervención, el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora sostiene que "la indicación de colecistectomía y el estudio previo fue el correcto", ya que "valorando el riesgo/beneficio (son mayores) los riesgos que puede tener una colelitiasis sintomática que no se opera, por las complicaciones que pueden aparecer, que los riesgos de una colecistectomía". Del mismo modo, el informe emitido por el Servicio interviniente explica que la colecistectomía "es la indicación que ha de hacerse ante una colelitiasis sintomática. El que el abordaje sea 'abierto' o

mediante `laparoscopia´ es una opción técnica por la que opta el cirujano según la valoración que haga del caso”.

Sobre la perforación del asa del yeyuno ocurrida en el curso de la laparoscopia y la posterior reconversión de esta a laparotomía, el informe de la aseguradora indica que “la vía de absceso para la realización de la colecistectomía” es correcta y que “la lesión intestinal en la puerta de entrada del trocar es una complicación descrita y posible”, añadiendo que “la reconversión de cirugía laparoscópica a abierta es correcta y a juicio del cirujano”. Según el informe técnico de evaluación, “la perforación de un asa intestinal en el curso de la colecistectomía constituye la materialización de un riesgo típico de este procedimiento”, y aclara que “tras la lesión fueron precisamente los antecedentes de tratamiento radioterápico los que decidieron reconvertir el procedimiento a laparotomía”. El Jefe del Servicio de Cirugía General explica que “en la inserción del trocar para-umbilical se produce la lesión de un asa yeyunal y el cirujano decide suspender el procedimiento laparoscópico y convertir a laparotomía para completarlo. Repara la lesión del asa intestinal y prosigue con la intervención por vía abierta”. Considera que esta “decisión es perfectamente sensata, ya que las adherencias de las cirugías previas y la posible lesión rádica del intestino no garantizarían una correcta reparación de la perforación con la técnica laparoscópica; gesto este que en otras circunstancias sería lícito realizar”.

A la vista de ello, resulta que tanto la técnica inicialmente utilizada para la práctica de la intervención como su posterior reconversión resultan ajustadas a las condiciones de la paciente. Así lo indican todos los informes médicos obrantes en el expediente, debiendo recordar que este Consejo no dispone de más elementos técnicos de juicio que aquellos, dado que la propia reclamante ha preferido postergar la práctica de una prueba pericial de parte al momento de apertura, en su caso, de la vía judicial.

En cuanto a la incorrecta colocación del tubo de Kehr, el informe del Servicio de Cirugía General reseña que “en la tarde del segundo día de posoperatorio” se realiza a la paciente “un TAC urgente” que identifica “un tubo

de Kehr en correcta posición”, especificando que con posterioridad a la segunda intervención “el drenaje de Kehr” funciona “con normalidad”, y que el “día 4-11 se había realizado una colangiografía por el tubo de Kehr que informa de su correcta posición y de una `pequeña fuga de contraste en el punto de intersección del tubo en T’”. Añade que el día 11 del mismo mes determinados factores indican que el drenaje “está desplazado o tiene algún otro problema. Se realiza una nueva colangiografía que demuestra que el tubo en T está fuera de la vía biliar y se retira”. Explica que “en la práctica habitual los drenajes biliares se retiran después del día 10 a 12 de posoperatorio por simple tracción. Se asume que en ese tiempo de evolución el tubo, como cuerpo extraño, ya ha producido las adherencias necesarias en su trayecto para que `el agujero´ que deja en la vía biliar esté contenido y no se derrame bilis a la cavidad abdominal. Es normal que durante dos o tres días se produzca una pequeña pérdida de bilis por el orificio cutáneo por el que salía el tubo y luego se cierre espontáneamente. La salida accidental del tubo de Kehr dejado largo tiempo no es infrecuente y no tiene ninguna consecuencia”. El informe técnico de evaluación asume las explicaciones ofrecidas por el Servicio interviniente, y el informe evacuado a instancias de la compañía aseguradora añade que la colocación del tubo de Kehr se realizó “perfectamente” y que su “movilización accidental (...) no ofreció ninguna repercusión clínica negativa en el curso de la evolución”.

De ello no se infiere -como entiende la reclamante- que la “perforación duodenal durante la intervención quirúrgica” y la “deficiente colocación del tubo de Kher” sean la causa de una “peritonitis, estenosis del colédoco, fístula intestinal, sepsis, una segunda intervención quirúrgica, un ingreso en la UVI y tratamiento psiquiátrico, así como contagio hospitalario”.

Sobre el desarrollo de estos acontecimientos, el informe del Servicio de Cirugía General aclara que ante la presencia de signos “sugestivos de perforación intestinal”, el 25 de octubre de 2013 se somete a la paciente a una intervención de urgencia que confirma la presencia de una peritonitis. Explica que durante “la revisión de la cavidad abdominal se produce `una apertura de

un centímetro de un asa´ que se sutura y refuerza”. En cuanto a la infección contraída, señala que en los cultivos obtenidos en la segunda cirugía se demuestra la presencia de “*E. coli* y *Candida albicans*”, y que durante el ingreso de la paciente en la UVI “se recibe cultivo de orina que muestra el crecimiento de *Enterococcus faecium*, por lo que se asume que el germen del hemocultivo tiene ese origen”. Respecto a la fístula padecida por la reclamante, explica que “las fístulas intestinales pueden ser reintervenidas o manejadas con tratamiento conservador”, e indica que con la información disponible estaba “avalado el manejo conservador del problema”. Tras poner de manifiesto que “algunos miembros del equipo consideran tomar en cuenta de nuevo la reintervención quirúrgica” para tratar la fístula, afirma que “finalmente se decide continuar con la conducta conservadora”; actitud que pareció ofrecer un buen resultado. Con un criterio coincidente, el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora sostiene que “la lesión intestinal en la reintervención es una lesión descrita y posible”, que “la ligera estenosis de colédoco después de las maniobras quirúrgicas en el mismo es habitual y no ofrece ninguna repercusión clínica”, que “la sepsis peritoneal se trató correctamente” y que “el tratamiento conservador de la fístula intestinal fue correcto”. El informe técnico de evaluación también considera que “las complicaciones surgidas tras la intervención quirúrgica (perforación intestinal, sepsis y fístula intestinal) constituyeron la materialización de (...) riesgos típicos de este tipo de procedimientos”, y que “una vez que aparecieron las complicaciones se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para solucionarlas”.

Por último, la interesada afirma que “los consentimientos informados” suscritos no contenían “los riesgos personalizados y alternativas posibles”, y que “no fue informada de las complicaciones que finalmente sufrió y de las que sigue padeciendo secuelas a fecha actual”. Obran en la historia clínica remitida los consentimientos informados para “colecistectomía” y para “cirugía de urgencias”, suscritos por la reclamante los días 18 y 25 de octubre, respectivamente. Ambos documentos señalan que “no existe otra alternativa

eficaz de tratamiento para su enfermedad”, lo que corroboran los informes técnicos emitidos durante la instrucción del presente procedimiento, a cuyo tenor la colecistectomía “es la indicación que ha de hacerse ante una colelitiasis sintomática”, resaltando el carácter urgente e inevitable de la segunda intervención practicada.

Por otro lado, si bien es cierto que los documentos de consentimiento informado no recogen la existencia de “riesgos personalizados”, de lo expuesto por los técnicos informantes no se desprende que los antecedentes médicos de la paciente generaran nuevos riesgos no descritos en los documentos firmados, sino que, en su caso, aumentaban las posibilidades de sufrir algunos de los ya señalados.

En cuanto a los riesgos materializados, el informe evacuado por el Jefe del Servicio de Cirugía General destaca que el consentimiento informado para la práctica de la colecistectomía, “cuando explica qué es la laparoscopia”, indica que “en casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible realizar o concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía)”. El informe técnico de evaluación añade que “la perforación de un asa intestinal en el curso de la colecistectomía constituye la materialización de un riesgo típico de este procedimiento”, y que “en el documento de consentimiento informado para colecistectomía figuran los riesgos de ‘fístula intestinal’ y ‘lesiones de órganos vecinos’”. Como ya indicamos, entiende que la “perforación intestinal”, la “sepsis” y la “fístula intestinal” que sufrió la paciente “constituyeron la materialización de (...) riesgos típicos (...) que la paciente conocía y asumió, puesto que firmó del documento de consentimiento informado que recoge estas posibilidades”. Por tanto, podemos concluir que la perjudicada estaba informada de los riesgos que podían derivar de las intervenciones a las que se sometía y que, lamentablemente, se materializaron en este caso.

A la vista de ello, este Consejo considera que no cabe deducir que en la asistencia sanitaria prestada a la interesada se haya producido violación alguna

de la *lex artis*, por lo que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en relación con los daños alegados.

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.