

Expediente Núm. 17/2016
Dictamen Núm. 60/2016

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 17 de marzo de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de enero de 2016 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre como consecuencia de la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 26 de junio de 2015, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada a su madre por parte del servicio público sanitario y que habría desembocado en su fallecimiento.

Exponen que la perjudicada ingresa el 27 de abril de 2014 en el Hospital "X" "por presentar fiebre de 6 días de evolución y dolor intenso en región glútea izquierda". Tras mostrar su desacuerdo y extrañeza con determinados aspectos de la asistencia que le fue prestada a partir de ese momento -escasa precisión en las impresiones diagnósticas que se observan en los correspondientes informes y aparentes contradicciones en la interpretación de las pruebas- centran sus reproches en la atención que se le dispensó a partir del mes de octubre de 2014, cuando el Servicio de Hematología Clínica "decide un tratamiento sin efectuar análisis ni prueba alguna, como no sea constatar la existencia de un estado febril", precisando que queda "pendiente de inicio de tratamiento en mantenimiento"; decisión que consideran "temeraria".

Manifiestan que a la paciente le fue realizada una "nefrectomía izquierda laparoscópica el 15-12-2014 (...) y se decide su alta./ El día 21-12-2014 (...), con el diagnóstico de 'infección herida quirúrgica', se toma una segunda decisión temeraria, no se le envía al cirujano, que es el profesional idóneo y con conocimientos para valorar la evolución posquirúrgica, sino a 'control y revisión por su médico de Primaria', y con el añadido de que 'en caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias'. Llama la atención que en este informe se aprecie 'a la exploración abdomen blando, no doloroso'".

Indican que se produjo "un nuevo ingreso el 22-12-2014 (...) con fiebre 'donde se objetiva absceso intraabdominal en relación con fístula colónica' (...), es intervenida el día 23-12-2014 (...) por el servicio de Cirugía General y realizan 'drenaje de la colección retroperitoneal, resección de ángulo esplénico de colon y colostomía de descarga'".

Tras el fallecimiento de la perjudicada el día 25 de diciembre de 2014, y a la vista del informe de exitus y del anatomopatológico de la biopsia de 5 de enero de 2015, en el que se observa la presencia de una "perforación tras nefrectomía (...), resección segmentaria de colon", estableciéndose el diagnóstico de "mucosa con área ulcerada. Peritonitis aguda extensa", concluyen los reclamantes "el origen iatrogénico de la perforación, que era

innecesario perforar el colon, y por último que la muerte se produjo por una peritonitis aguda extensa, ocurrida a partir del día 15-12-2014, en la que ante evidentes signos se han adoptado decisiones absurdas (remitir al médico de Primaria que no es cirujano y (...) al Servicio de Urgencias que ocupan especialistas no cirujanos ante la persistencia de un estado febril) cuando de haber remitido al cirujano seguramente habría caído en la cuenta inmediatamente de lo que estaba ocurriendo, al relacionar las frecuentes (27% de los casos) infecciones, entre las que se incluyen por resección de colon en laparoscopia, por imprecisiones en la técnica, con la peritonitis aguda extensa que presentaba la paciente (...). Es un abandono, por desidia y negligencia de no ordenar la práctica de pruebas elementales, no remitir al profesional competente que en el posoperatorio solo es el cirujano, porque el riñón que causa infecciones no puede ser intervenido por laparoscopia, porque se ha dado el alta el día antes sin comprobar ni el seccionamiento quirúrgico del colon, que ya tenía, ni la existencia de una peritonitis, sino que se ha dado un diagnóstico intuitivo y no científico para tener que remitirle al final al cirujano para que realice una intervención inmediata, que solamente ha servido para descubrir lo que era más probable, y de haber actuado de otro modo al menos podrían haber impedido la causa de la muerte. Es una concatenación de decisiones inidóneas”.

Solicitan una indemnización por importe total de doscientos treinta y un mil novecientos ochenta y siete euros con sesenta y cinco céntimos (231.987,65 €), señalando que “este importe devenga además intereses legales desde la fecha del siniestro, 25-12-2014”, que resultan de aplicar el baremo de 2014 a las indemnizaciones por muerte a las víctimas de accidentes de circulación, incluido un factor de corrección del 10%, teniendo en cuenta que al momento de su fallecimiento su madre no tenía cónyuge y que una de sus tres hijas era en aquel momento menor de edad.

Adjuntan diversos documentos acreditativos del fallecimiento de la perjudicada y de su relación materno-filial con los reclamantes, así como de la

asistencia sanitaria a la que se hace referencia en su solicitud de indemnización.

2. Mediante escrito de 9 de julio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 14 de julio de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V un informe de los servicios afectados, en concreto de los de Cirugía General y de Urología del Hospital "X".

4. El día 29 de julio de 2015, el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "X" informa que "la paciente (...) estaba en todo momento a cargo del Servicio de Urología, donde fue intervenida quirúrgicamente el 15 de diciembre de 2014, realizándose nefrectomía izquierda por laparoscopia y siendo dada de alta a las 48 horas (...). Acudió a Urgencias el 21 de diciembre por fiebre y fue etiquetada de infección de herida quirúrgica y dada de alta (...). Reingresó en Urología el 22 de diciembre por fiebre e infección de herida quirúrgica, realizándose un TAC abdominal que fue informado como "colección intraabdominal en fosa renal izquierda con burbujas en su interior con absceso intraabdominal en íntimo contacto con colon descendente y colección lumbar izquierda" (...). Posteriormente se realizó otro TAC, este con contraste, donde apreciaron fístula colónica (...). Tras los hallazgos fue requerida valoración de la paciente al equipo de guardia de Cirugía General, que indicó intervención urgente y donde se apreció perforación en el ángulo esplénico del colon con colección retroperitoneal con contenido fecaloideo, realizándose resección segmentaria del colon con fístula mucosa y colostomía terminal más lavados de cavidad abdominal (...). La paciente pasó a reanimación, presentando mala

evolución y siendo exitus el 25 de diciembre (...). La praxis médica del equipo de guardia del Servicio de Cirugía fue en todo momento la correcta”.

5. Con fecha 6 de agosto de 2015, el Servicio de Urología del Hospital “X” elabora un informe clínico en el que señala que se trata de una paciente “en seguimiento por parte del Servicio de Urología desde 1996 por cálculo coraliforme izdo. con anulación (de la) funcional renal. Desde 1996 hasta 2005 se plantea en varias ocasiones (...) tratamiento quirúrgico sobre riñón izdo., explicándole los riesgos que supone el no operarse y (...) rechaza el mismo, decidiéndose en consecuencia seguimiento periódico. El caso es nuevamente retomado a partir de 2014, a raíz de varios ingresos hospitalarios como consecuencia de complicaciones infecciosas abdominales con abscesificación, precisando varios tratamientos antibióticos, así como drenaje quirúrgico (...). El caso es presentado en varias ocasiones en sesión clínica por parte del Servicio de Hematología, dados los ingresos hospitalarios por procesos infecciosos de pronóstico grave (...). Es reevaluado por el Servicio de Urología en sesión para asumir la cirugía sobre el riñón izdo. y se decide, de manera preventiva, consultar con el Servicio de Cirugía Torácica del (Hospital ‘Y’) para valorar una sospecha de comunicación entre la cavidad abdominal y torácica, lo cual implicaría una cirugía conjunta. Allí es valorado el caso con las imágenes de TAC y se descarta comunicación de dichas cavidades. Nuevamente se presenta el caso en sesión clínica de Urología y, a pesar de la complejidad (...) debida a los antecedentes personales e infecciosos de la paciente, se decide asumir la cirugía renal (nefrectomía) valorando que futuros episodios febriles o sépticos podían acabar con la vida de la paciente (...). Es valorada por el Servicio de Anestesia y es tipificada como riesgo quirúrgico ASA III (paciente con enfermedad sistémica grave pero no incapacitante). El 15-12-2014 se realiza nefrectomía laparoscópica izquierda y, tras una estancia en el área de reanimación posquirúrgica dentro de los límites normales (...), se traslada a la planta de hospitalización de Urología, donde se desarrolla un curso posoperatorio sin incidencias, con adecuada tolerancia oral y con

abdomen no patológico, por lo que se decide el alta hospitalaria. El 21-12-14 (...) es valorada en el Servicio de Urgencias y tras evaluación de síntomas, exploración y pruebas complementarias es dada de alta. El 22-12-14 (...) acude nuevamente a Urgencias e ingresa en el Servicio de Urología con fiebre, abdomen blando (...). Durante su ingreso presenta un abdomen blando con peristalsis intestinal y con deposiciones. Se solicita TAC abdominal sin contraste donde se observa una colección abdominal en contacto con colon descendente. Inmediatamente se solicita nuevo TAC con contraste para comprobar la sospecha de fístula colónica, que se demuestra a nivel del ángulo esplénico del colon. Se solicita valoración urgente a Cirugía General, quienes realizan una resección segmentaria de colon de urgencia y se objetiva la lesión colónica a nivel del ángulo esplénico. A continuación la paciente pasa al área de reanimación donde evoluciona desfavorablemente, presenta una parada cardiorrespiratoria el 25-12-14 y se produce el fallecimiento”.

En respuesta a la reclamación formulada, manifiesta que “la realización de una nefrectomía en sí entraña un riesgo. En el consentimiento informado de dicho procedimiento se describen complicaciones intraoperatorias y posoperatorias que pueden llegar a ocurrir como consecuencia del acto quirúrgico: ‘lesiones de otras vísceras (intestino, páncreas, bazo, hígado) a veces de consecuencias imprevisibles’. Concretamente está descrito en la literatura un 3% aproximadamente de lesiones intestinales durante la realización de un procedimiento de este tipo, pero cuando se trata de un caso complejo con numerosos antecedentes personales (obesidad, linfoma, gran hernia de pared abdominal con contenido de asas de intestino delgado y grueso, así como numerosos procesos infecciosos con desarrollo de colecciones abdominales y abscesos) la probabilidad de que pueda haber complicaciones intra o posoperatorias aumenta. Como consecuencia de ello tomar la decisión de una cirugía renal sobre esta paciente no fue fácil, y es por ello que supuso varias sesiones clínicas por parte del Servicio de Urología del Hospital ‘X’ en las que finalmente de manera consensuada y colectiva se decidió la cirugía. Previamente, y como precaución de cara (a) una posible

complicación torácica intraoperatoria, se consultó el caso con Cirugía Torácica del (Hospital `Y´). La decisión (...) se le comunicó a la paciente según el evolutivo de consulta del día 17-10-14, donde se le explicó los riesgos y beneficios particulares para su caso, los entendió, se le dio la oportunidad de responder (a) sus dudas y consecuentemente firmó un consentimiento./ La decisión de realizar la cirugía laparoscópica viene dada por ofrecer al paciente la mínima invasividad posible y por favorecer la rápida recuperación posoperatoria. El Servicio de Urología (...) viene desarrollando esta técnica desde el año 2005, realizándose aproximadamente unos 70 procedimientos de este tipo al año. La experiencia adquirida durante todos esos años ha permitido asumir casos especialmente complejos de cirugía laparoscópica renal, incluyendo casos que se habían desestimado en otros centros hospitalarios por su alta complejidad. Por tanto, el abordaje laparoscópico en la cirugía de riñón en el Hospital `X´ es el objetivo por los resultados beneficiosos que tiene para el paciente, como así lo demuestra la estadística anual de nuestro centro. No obstante, si durante la cirugía laparoscópica surge algún tipo de complicación mayor o resulta imposible su realización desde el punto de vista técnico inmediatamente se reconvierte a un abordaje abierto, lo cual no fue preciso en este caso particular./ Cuando la paciente ingresó en el Servicio de Urología tras haber sido dada de alta la exploración abdominal no era claramente sospechosa de perforación intestinal (`abdomen blando y no doloroso. Con herida quirúrgica con dolor a la palpación y supuración purulenta por la parte más declive de la misma´) y los datos analíticos no eran claramente compatibles con una infección severa (hemoglobina 9,8; leucocitos 3.580; plaquetas 217.000). Ello puede estar en relación con una infección de la herida, con una infección urinaria o incluso con un posoperatorio normal. En el propio consentimiento informado están descritos síntomas febriles relacionados con infecciones de heridas quirúrgicas o manipulación de sonda vesical, más aún si no se han demostrado complicaciones mayores en las 24-48 primeras horas. Una vez ingresada en el Servicio se solicita un TAC abdominal que precisa de la administración de contraste oral para confirmar la

sospecha de fístula intestinal que se había sugerido con la realización del TAC previo sin contraste oral, el cual se solicita de manera urgente. Con los hallazgos del TAC se solicita valoración urgente por Cirugía General, quienes intervienen a la paciente también de manera urgente”.

6. Figura, asimismo, incorporada al expediente remitido la historia clínica de la perjudicada en lo que se refiere al episodio que se encuentra en el origen de la presente reclamación.

7. Con fecha 20 de agosto de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras relatar pormenorizadamente la asistencia prestada a la perjudicada por parte del servicio público sanitario, y a la vista de la documentación obrante en el expediente, afirma que “en el caso que nos ocupa hay que tener en cuenta, como consideración previa, que nos encontramos con una paciente con numerosas patologías concomitantes, como así consta en su historial (obesidad -índice de masa corporal 34,16-, linfoma no Hodgkin folicular estadio IV-B en seguimiento y tratamiento por Hematología, trastorno adaptativo mixto -síndrome ansioso depresivo- en tratamiento, hernia de pared abdominal posterior izquierda con contenido de intestino grueso y asas de intestino delgado, ingresos varios por episodios infecciosos secundarios a presencia de abscesos) a lo largo de los últimos años (...). Una intervención quirúrgica como la nefrectomía realizada entraña unos riesgos” que “fueron explicados a la paciente, como queda reflejado en los consentimientos firmados por la misma y en la información que, según describe el informe del Servicio de Urología, se facilitó a la paciente en la consulta realizada el día 17 de octubre de 2014, en la cual se le explicó los riesgos y beneficios particulares para su caso, los entendió, se le dio la oportunidad de responder (a) sus dudas y consecuentemente firmó un consentimiento’. La aparición de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias por este tipo de cirugías, máxime con las circunstancias propias

que presentaba la paciente, es algo que, aunque no habitual, sí puede ocurrir en estas intervenciones. Conviene aclarar que los síntomas con los que acudió (...) por primera vez al Servicio de Urgencias no eran, en inicio, sugestivos de perforación, ni los datos analíticos eran indicativos de una infección severa./ La técnica elegida (...) fue la adecuada, buscando en todo momento en la actuación médica una baja invasividad que favoreciera al mismo tiempo una rápida recuperación posoperatoria. El Servicio de Urología del Hospital `X` cuenta con experiencia acreditada en este tipo de intervenciones que justifica sobradamente la elección de este tipo de técnica quirúrgica. Existen complicaciones específicas de la laparoscopia y el riesgo de presentar una complicación grave, como lesión vascular o intestinal, derivada de la punción inicial, la insuflación o la colocación del primer trocar se estima en torno a 0,3 a 3 de cada 1.000 intervenciones”.

Considera que la atención prestada a la paciente fue en todo momento la adecuada, tanto en el proceso quirúrgico como en su seguimiento, siguiendo la actuación médica los criterios de la *lex artis*, siendo las complicaciones que presentó (...) uno de los riesgos inherentes al tipo de intervención a la que se sometió, como así consta en el historial de la paciente, a la que se trasladó tanto de forma oral como escrita toda la información”. En consecuencia, propone desestimar la reclamación.

8. Mediante escritos de 27 de agosto de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite 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.

9. El día 30 de septiembre de 2015, emite informe, a instancia de la entidad aseguradora, un especialista en Urología y Andrología. Tras consignar las fuentes utilizadas y repasar la historia clínica de la perjudicada, analiza detalladamente la patología renal en presencia y la concreta técnica quirúrgica

empleada para su tratamiento, así como la infección de la herida quirúrgica y la perforación intestinal, y reconoce que aunque son complicaciones indeseables no es extraño que puedan presentarse en este tipo de intervenciones.

A continuación pasa a examinar “la praxis médica” del caso, tomando para ello como referencia los diferentes reproches que los reclamantes dirigen al funcionamiento del sistema sanitario público en la asistencia prestada a su madre desde el 27 de abril de 2014 hasta su fallecimiento el 25 de diciembre de ese mismo año.

Así, respecto a la decisión de someter a la enferma al concreto tratamiento quirúrgico, calificada expresamente por los interesados como “temeraria”, reseña que nos encontramos ante “una paciente con múltiples patologías” -hipercolesterolemia, diabetes, linfoma no Hodgkin (...) en tratamiento de mantenimiento-, “con un proceso inflamatorio/infeccioso crónico secundario a una litiasis coraliforme que le está produciendo múltiples infecciones agudas, con ingresos e incluso precisando en ocasiones drenaje quirúrgico de los abscesos formados por esta infección”, y subraya que queda constancia en los informes de que durante su estudio es “valorada por múltiples especialistas previo a la intervención (hematólogo, endocrino, cirujano vascular, cirujano general, cirujano torácico y urólogo)” y que “se realizan múltiples TACs, ECOs y demás pruebas para determinar la indicación y estrategia del tratamiento quirúrgico”. Concluye que, “por lo tanto, no se trata (de) una decisión temeraria, sino que esta decisión es tomada tras la valoración de múltiples pruebas y sesiones clínicas multidisciplinares indicando el tratamiento que se estimó más adecuado para el caso concreto de esta paciente”.

En cuanto a “la técnica quirúrgica indicada (nefrectomía laparoscópica), como la propia decisión de tratamiento”, entiende que “se realizó en base a las características de la paciente y la experiencia del Servicio. Acorde con la *lex artis ad hoc*”.

Sobre los reproches relativos al “manejo de la infección de la herida quirúrgica y diagnóstico de la perforación intestinal”, pone de relieve que “la infección de la herida quirúrgica es una complicación frecuente, generalmente benigna pero muy molesta para el paciente y se manifiesta como una tumefacción en la piel bien circunscrita, con eritema y aumento de la temperatura local, molestia a la presión y salida de líquido por la herida. También puede debutar con fiebre en el posoperatorio y rara vez genera una repercusión sistémica. Es una complicación posible e inherente a cualquier procedimiento quirúrgico que requiere apertura de la piel./ El tratamiento de la infección de herida consiste en el drenaje de la misma, incluso retirando los puntos de sutura de la piel esperando un cierre por segunda intención, curas periódicas y tratamiento antibiótico./ Es decir, ante la clínica descrita y la ausencia de otra (...) asociada que nos hiciera sospechar de otra patología es lógico pensar que la paciente presenta una infección de la herida quirúrgica, y más aún cuando el proceso crónico de base que indicó la cirugía era una infección crónica por litiasis”. Afirma que “en ningún momento se describe en dicho informe clínica compatible con una perforación intestinal”.

En relación con la crítica de que tras el alta de Urgencias del día 21 de diciembre de 2014 la paciente no fue remitida al cirujano general, manifiesta que ello fue debido a que dicho Servicio “no realizó la intervención quirúrgica”, y que “una complicación como la infección de herida es algo que cualquier servicio quirúrgico maneja en sus posoperatorios./ De hecho, cuando la paciente acude de nuevo a Urgencias al día siguiente y, ante la no mejoría del cuadro a pesar del tratamiento correcto de la infección de herida quirúrgica, se le realiza un TAC donde se pone en evidencia la perforación intestinal (...) sí que se avisa al Servicio de Cirugía General, que decide intervenir a la paciente”.

Concluye que “la indicación de la nefrectomía laparoscópica” no es “una decisión temeraria, sino que esta decisión es tomada tras la valoración de múltiples pruebas y sesiones clínicas multidisciplinarias, indicando el tratamiento que se estimó más adecuado para el caso concreto de esta

paciente./ En cuanto a la técnica quirúrgica indicada (nefrectomía laparoscópica), como la propia decisión de tratamiento, se realizó en base a las características de la paciente y la experiencia del Servicio. Acorde con la *lex artis ad hoc*./ El diagnóstico inicial de la infección de herida quirúrgica se ajusta a la *lex artis ad hoc*./ En cuanto al manejo de la infección de herida quirúrgica y diagnóstico de la perforación intestinal se ajusta a *la lex artis ad hoc*./ La infección de la herida quirúrgica, la perforación intestinal e incluso la muerte son complicaciones indeseables pero inherentes a la nefrectomía laparoscópica, que según el informe de Urología se le explicaron a la paciente y que se incluyen en el consentimiento informado firmado (...) el día 17-10-2014”.

10. Con fecha 29 de septiembre de 2015, y también a instancias de la compañía aseguradora, emite informe un gabinete jurídico privado. En él se concluye que la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias “se ha adecuado a la *lex artis*, que la nefrectomía estaba indicada y fue valorada dada la situación de la paciente, quien conoció los riesgos de dicha intervención al ser informada de ellos y firmar el correspondiente consentimiento informado. La infección de la herida quirúrgica y la infección intestinal son riesgos inherentes a la intervención cuya ocurrencia no implica mala praxis (...). No existe antijuridicidad en el resultado (...). Dado lo anterior, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada”.

11. Mediante escrito notificado a los interesados el 22 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previa les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 27 de octubre de 2015 comparece en las dependencias administrativas una de las reclamantes y se le hace entrega de una copia de lo actuado hasta ese momento, según consta en la diligencia extendida al efecto.

El día 9 de noviembre de 2015, los perjudicados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que, tras ratificar “en su totalidad el escrito de petición inicial”, niegan la autenticidad de gran parte de los documentos de consentimiento informado incorporados al expediente, aduciendo al efecto que “existen firmas que tienen trazos efectuados en sentido contrario a aquel (...) que aparece en otras (...). A ello ha de unirse que la mayor parte (...) carecen de fecha, así que no queda acreditado que la firma fuese de la paciente, ni que los consentimientos fuesen prestados para realizar intervenciones médicas concretas”.

En segundo lugar, no conceden credibilidad a lo señalado en el informe del Servicio de Urología del Hospital “X” acerca de que cuando el 17 de octubre 2014 en la consulta la paciente firmó el consentimiento para la nefrectomía lo habría hecho tras habersele explicado los riesgos y beneficios particulares para su caso, como lo prueba el dato de que en el mismo el apartado de “riesgos personalizados” aparezca en blanco.

Afirman que “si hubo de reunirse el servicio médico para dilucidar si podría intervenir mediante técnica laparoscópica y no mediante una intervención más invasiva pero más segura, es lo cierto que la paciente no lo conocía. Y no queda ninguna prueba de que lo conociese”. Asimismo, censuran que estando previsto en el documento de consentimiento informado para la nefrectomía un posoperatorio normal “de 7-10 días” su madre fuese dada de alta hospitalaria al segundo día de practicársele la intervención, a pesar de que, según se indica, se trataba de “una paciente de riesgo”.

También muestran desacuerdo con la asistencia que le fue prestada a la perjudicada tras acudir a Urgencias el día 21 de diciembre de 2014 y posteriormente, poniendo de relieve que en la indicada fecha “la paciente acude a Urgencias y es alta a su domicilio, pero el día 22 de diciembre de 2014 se reúne el equipo médico (...) para valorar la actuación del día anterior y se indica que tenía 39º de fiebre el día anterior. Y el mismo día 22 de diciembre ingresa, se hacen sendos TAC y entonces se descubre `para

comprobar la sospecha de fístula colónica'. Esa sospecha es lo que tenían desde la mañana en que analizaron el diagnóstico del día anterior, en que no se habían realizado pruebas. Y el día 22 cuando de nuevo acude a Urgencias entonces sí se realizan pruebas y se comprueba que la sospecha que ya tenían precisaba una intervención inmediata, pero ya llegaron tarde. Se había alcanzado una peritonitis masiva, aunque se enmascarase con terminología más técnica".

Tras reflexionar sobre aspectos tales como los inconvenientes que presenta la técnica laparoscópica finalmente seguida, respecto de la cual, tras reconocer su carácter menos invasivo, señalan que su empleo "no parece estar justificado si es a riesgo de la vida e integridad física de los pacientes"; las contradicciones que entienden existen en los informes correspondientes a la atención dispensada a su madre desde el 27 de abril de 2014, y lo precipitado del alta tras la intervención, seguida de lo que insisten en considerar como una defectuosa asistencia en Urgencias el día 21 de diciembre de 2014, concluyen que "es un resultado no querido de la técnica laparoscópica empleada, que ocurre en un porcentaje muy superior al que se indica, que no figura en los consentimientos informados (hay que actualizarlos y no se hace), unido a una prematura alta hospitalaria pese a tratarse de una paciente con serios problemas y complicaciones posibles añadidos, y a una falta de atención cuando aparece con unos síntomas que no difieren del día 21 a 22 de diciembre de 2014, pero la decisión adoptada el primer día es mandarla para casa y la del segundo día es hacerle dos TACs solo para constatar que es preciso actuar inmediatamente y con urgencia".

12. El día 4 de diciembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, a la vista de la documentación incorporada al expediente y tras analizar y rechazar las alegaciones presentadas por los reclamantes. Así, y respecto al cuestionamiento que de los documentos de consentimiento informado hacen los interesados, señala que "tales imputaciones no pueden

ventilarse en este procedimiento administrativo (...), por lo que, a salvo de lo que el resultado de un hipotético ejercicio de acciones penales pueda deparar, estimamos que la paciente suscribió los documentos de consentimiento informado de forma válida y eficaz”.

Asimismo, entiende que “carece de todo sustento científico” la afirmación de que “la nefrectomía por laparotomía es más `segura´ que por laparoscopia”.

Concluye que la asistencia prestada a la paciente a lo largo de todo el proceso “fue correcta y adecuada a la *lex artis*”, precisando que “la perforación de colón que sufrió y que motivó su reingreso el 22-12-2014 constituyó la materialización de un riesgo típico de la intervención quirúrgica a la que fue sometida que ella conocía y asumió”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de enero de 2016, 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), 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. Siendo menor de edad una de las reclamantes, está facultado para actuar en su nombre y representación su padre (condición que resulta acreditada con la copia del Libro de Familia que obra en el expediente), y ello de conformidad con lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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 junio de 2015, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la madre de los reclamantes- el día 25 de diciembre de 2014, 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.- Los reclamantes interesan una indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre que atribuyen a la asistencia que se le prestó por el servicio público sanitario.

Consta acreditado en el expediente el fallecimiento de la madre de los interesados, por lo que cabe presumir que han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración más precisa del soportado por cada uno de ellos que realizaremos en el caso de 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.

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

También hemos manifestado 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.

A estos efectos, observamos que en el presente supuesto los interesados basan su reclamación en una descalificación que podemos conceptualizar como global de la asistencia prestada por el servicio público sanitario a su madre, que venía padeciendo diversas patologías concomitantes de larga evolución de las que era objeto del oportuno tratamiento y seguimiento, principalmente por parte de los Servicios de Urología (ya desde el año 1996) y de Hematología Clínica (desde los años 2012-2013) en el periodo que va del 27 de abril al 25 de diciembre de 2014, fecha en la que se produjo su fallecimiento.

Dentro de este planteamiento, nos encontramos con que fundamentan su pretensión en una doble argumentación con perfiles claramente diferenciados que obligan a su consideración por separado.

En primer lugar, y toda vez que -como luego veremos- la posibilidad de la muerte aparece descrita como uno de los resultados de las complicaciones que pudieran surgir como consecuencia de la nefrectomía a la que fue sometida el día 15 de diciembre de 2014, y que como tal aparece recogida de manera expresa en el correspondiente consentimiento informado firmado por la paciente el 17 de octubre de 2014, basan su reclamación en el cuestionamiento de la virtualidad de gran parte de los documentos de consentimiento informado que figuran incorporados al expediente. En particular, ponen en tela de juicio que dicho documento fuera firmado realmente por su madre, razonando que la rúbrica que en el mismo figura tendría "trazos efectuados en sentido contrario a aquel en que aparecen en otras firmas", con especial referencia a la que declaran como "indubitada", que no es otra que la que consta en el documento nacional de identidad de su madre. Respecto al contenido de este mismo documento, y "a efectos dialécticos", denuncian que la paciente no prestó su consentimiento en lo

relativo a los “riesgos personalizados” de la intervención prevista, como lo prueba el dato de que el apartado correspondiente “está en blanco”.

Sobre esta cuestión, hemos de tener presente que un requisito esencial del reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración es la existencia de una relación de causalidad directa e inmediata entre la infracción que se imputa al servicio público y el daño objeto de reclamación, y que en este caso no es otro que el daño moral sufrido por los reclamantes como consecuencia del fallecimiento de su madre. Establecida de este modo la naturaleza del daño cuya indemnización postulan, resulta evidente que el mismo es distinto al daño que pudiera haberse causado a la paciente por una hipotética lesión de su derecho a la autodeterminación. De esta distinción deriva el hecho de que los daños que pudieran deberse a una eventual ausencia de consentimiento informado o a la existencia de vicios en la forma en la que el mismo fue prestado origina un derecho que solamente la propia paciente podría invocar, toda vez que, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo en ocasiones precedentes (entre otros, Dictamen Núm. 159/2013), “el consentimiento informado, como ha puesto de relieve la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución)-, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar”.

En cualquier caso, siendo la anterior conclusión suficiente para desestimar la presente reclamación por esta concreta causa, y con respecto a los presuntos vicios que concurrirían, a juicio de los interesados, en los diferentes documentos de consentimiento informado que constan en el expediente firmados por su madre -y específicamente, dada su trascendencia, el obrante en los folios 113 y 114, “consentimiento informado nefrectomía”, de fecha 17 de octubre de 2014-, este Consejo comparte, como no puede ser de

otra manera, al sustentarse en criterios emanados de este mismo órgano (entre otros, Dictámenes Núm. 355/2009 y 71/2015), los términos en los que la propuesta de resolución que se somete a nuestra consideración rechaza esta velada acusación de una supuesta manipulación de la firma de la paciente en el mencionado documento, y ello con el argumento allí recogido de que “tales imputaciones no pueden ventilarse en este procedimiento administrativo (...), por lo que, a salvo de lo que el resultado de un hipotético ejercicio de acciones penales pueda deparar, estimamos que la paciente suscribió los documentos de consentimiento informado de forma válida y eficaz”.

Sentado lo anterior, y a reserva -insistimos- de lo que el resultado de un hipotético ejercicio de acciones penales pudiera deparar, estimamos que la paciente suscribió unos documentos de consentimiento informado enteramente válidos y eficaces a los efectos perseguidos, sin que el ulterior reproche que a efectos dialécticos hacen los interesados con respecto a que en el concreto documento de 17 de octubre de 2014, relativo a la nefrectomía, el apartado dedicado a “riesgos personalizados” de la intervención aparezca “en blanco” nos permita atisbar indicio alguno de que la información que le fue facilitada fuera incompleta hasta el punto de privar al mismo de su validez. En este sentido, el dato incontrovertible de que la patología renal de base que presentaba la paciente se remontara ya al año 1996, desde el que venía siendo tratada y seguida de manera periódica por el Servicio de Urología del Hospital “X”, y que desde entonces el reiterado planteamiento de “tratamiento quirúrgico” que se le formulaba fuera siempre rechazado, en una decisión personal siempre respetada por el propio Servicio, que decidió en consecuencia limitarse al seguimiento periódico de la patología, otorga toda la credibilidad a lo expresado en su informe de que en la consulta de 17 de octubre de 2014 le fueron explicados a la paciente una vez más “los riesgos y beneficios particulares para su caso, los entendió, se le dio la oportunidad de responder (a) sus dudas y consecuentemente firmó un consentimiento”. Y es que escapa a toda lógica el hecho de que, respetada a lo largo de este extenso periodo de tiempo por el mismo Servicio la voluntad expresa de la

paciente de no ser intervenida, el consentimiento finalmente prestado el 17 de octubre de 2014 lo hubiera sido con ocultación de información acerca de los riesgos personalizados, tal y como insinúan los reclamantes.

En segundo lugar, los interesados apoyan su reclamación en lo que debería haber sido la adecuación a la *lex artis ad hoc* de los diversos actos médicos adoptados por los facultativos del servicio público de salud que atendieron a su madre en el periodo que va desde el 27 de abril hasta el 25 de diciembre de 2014, día de su fallecimiento, y que focalizan de manera clara a partir del mes de octubre de 2014 cuando para el tratamiento de la patología en presencia le indican una nefrectomía por vía laparoscópica; decisión que califican de “temeraria”. Y añaden que una vez realizada dicha intervención el 15 de diciembre de 2014 siguieron otras actuaciones que atribuyen, de manera reiterada a lo largo del expediente, al “abandono, por desidia y negligencia”, o a problemas “de negligencia o falta de interés”, tales como “una prematura alta hospitalaria pese a tratarse de una paciente con serios problemas y complicaciones posibles añadidas, y a una falta de atención cuando aparece con unos síntomas que difieren del día 21 al 22 de diciembre de 2014, pero la decisión adoptada el primer día es mandarla para casa y la del segundo día es hacerle dos TACs solo para constatar que es preciso actuar inmediatamente y con urgencia”.

Así las cosas, lo primero que llama la atención a la vista de la documentación obrante en el expediente es que esta descalificación que antes hemos conceptualizado como global en lo referente a la asistencia prestada a su madre por parte del servicio público sanitario no va acompañada de un mínimo apoyo probatorio que en forma de dictamen pericial le dé soporte. En estas condiciones, y puesto que no se aporta prueba pericial alguna en relación con lo que pudiera ser calificado como una mala praxis, hemos de realizar nuestra valoración al respecto sobre la base de los diferentes informes incorporados al expediente por la Administración sanitaria; los cuales, tras ser conocidos por aquellos en el trámite de audiencia, más allá de recibir una respuesta enfática

en lo ya expuesto en el escrito que da inicio al expediente, no han sido cuestionados por su parte con documento pericial alguno de contraste.

En este sentido, y comenzando por el abordaje de la patología mediante la técnica de nefrectomía laparoscópica, tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por el especialista en Urología y Andrología la consideran adecuada, subrayando este último que fue tomada “en base a las características de la paciente y la experiencia del Servicio”, por lo que carece de toda base científica, tal y como se señala en la propuesta de resolución que se somete a nuestra consideración, la afirmación de los reclamantes de que el uso de la misma no esté justificada “si es a riesgo de la vida e integridad física de los pacientes”.

Tampoco han concretado los reclamantes por medio de documento con autoridad científica en qué medida resulta contrario a la *lex artis ad hoc* que en el curso de un posoperatorio normalmente estimado en 7-10 días la paciente fuera alta hospitalaria a los dos días de la intervención, y ello en la medida en que -tal y como figura en el folio 128 del expediente- “en el posoperatorio la paciente evoluciona favorablemente, manteniéndose afebril, con buenas tensiones y diuresis y orina clara. Buen aspecto de la herida quirúrgica”.

Finalmente, y una vez que a partir del 21 de diciembre de 2014 las complicaciones indeseables, pero inherentes a la técnica quirúrgica empleada, fueron haciendo aparición, como la infección de la herida quirúrgica y la perforación intestinal, tampoco los interesados han aportado prueba alguna de que la atención recibida resultase contraria a la *lex artis ad hoc*.

En consecuencia, si tenemos en cuenta que todos los informes incorporados al expediente resultan coincidentes al considerar que la asistencia prestada a la perjudicada resultó acorde en todo momento con los postulados de la *lex artis ad hoc*, y que el daño moral alegado que deriva del fallecimiento de la madre de los reclamantes no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de la desgraciada materialización de los riesgos típicos derivados de la intervención quirúrgica a la que fue sometida y

encludrable en los recogidos en el documento de consentimiento informado suscrito por ella, por lo que no resulta antijurídico, no podemos más que concluir -como hace la Administración en la propuesta de resolución que somete a nuestra consideración- que la reclamación ha de ser desestimada.

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.