

Expediente Núm. 269/2016  
Dictamen Núm. 285/2016

**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 1 de diciembre 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 20 de octubre de 2016 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos tras una intervención de cirugía abdominal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 7 de octubre de 2015, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la actuación del servicio público sanitario.

Expone que el día 7 de octubre de 2014 “fue ingresado en el Hospital ..... para ser operado de una resección de ileón terminal y anastomosis ileocolónica L-L mecánica por laparoscopia./ Que el mismo día nuevamente es

operado de urgencia por la fuga de anastomosis y peritonitis secundaria./ Que horas después precisó resección de anastomosis previa y colon derecha con una nueva anastomosis íleo transversa-lateral por peritonitis fecaloidea secundaria a dehiscencia de suturas, produciéndose una pancreatitis aguda posquirúrgica y sepsis”.

Señala que “tras el ingreso en la UCI e intervenciones se me ocasionó una lesión del nervio mediano de la mano derecha” que “provocó una afectación sensitiva del nervio, especialmente del segundo dedo de la mano, que motivaron la realización de rehabilitación en la sanidad pública y tras realizar dos electromiografías se concluyó en la persistencia de una afectación axonal moderada de predominio en el segundo dedo”, precisando que “tanto la lesión del nervio mediano de la mano derecha como lo relativo a la peritonitis y anastomosis tras la operación inicial viene recogido en los informes de alta emitidos por la sanidad pública”.

Afirma que “es evidente, a juicio de esta parte, la responsabilidad en que han incurrido los servicios de salud del Principado de Asturias en este supuesto; hecho que además es reconocido implícitamente por el propio Hospital ..... en sus informes de alta”, reseñando que “como consecuencia de lo anterior (...) ha estado un largo periodo de tiempo a tratamiento y a rehabilitación, sin que a día de hoy se pueda cuantificar expresamente el importe de los daños y perjuicios sufridos”.

En cuanto a la relación de causalidad existente “entre las lesiones sufridas (...) y el proceder de la Administración”, manifiesta que “sufrí complicaciones muy graves a causa de la deficiencia del tratamiento y de la intervención quirúrgica, y como consecuencia de lo anterior y de la falta de atención y vigilancia por parte de los servicios públicos de salud se produjo además la lesión del nervio mediano de la mano derecha”.

Consta la remisión del escrito desde el Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, registrándose el oficio con

fecha de salida de la Administración del Principado de Asturias el día 19 de octubre de 2015 y de entrada en la misma Administración el 22 del mismo mes.

**2.** Mediante oficio de 9 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.** El día 20 de enero de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente en el hospital en el que se le prestó la asistencia cuestionada y un informe del Jefe del Servicio de Cirugía General.

En este último, elaborado el 24 de noviembre de 2015, se indica que no tiene "nada nuevo que aportar a lo referido en los informes clínicos de alta encontrados en su historia clínica", y señala "que las complicaciones abdominales que padeció el paciente se encuentran detalladas en el consentimiento informado de la intervención a realizar y que consta firmado por el médico y por el paciente".

Figura incorporado a continuación el documento de "consentimiento informado para cierre del estoma por cirugía abierta", suscrito con fecha 3 de febrero de 2015 por el interesado. En él aparecen, como "riesgos poco frecuentes y graves", la "dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Infección y sangrado intraabdominal. Fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura. Obstrucción intestinal./ Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte".

En la historia clínica obra también un documento de "consentimiento informado para resección intestinal por cirugía laparoscópica", suscrito por el interesado el 29 de julio de 2013, en el que se incluyen, como "riesgos poco

frecuentes y graves”, la “fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización de la sutura. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax./ Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”. En el apartado de “riesgos personalizados y otras circunstancias”, se consigna “enf. Crohn tratamiento con corticoides”.

**4.** Mediante escrito de 16 de febrero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros y recaba el informe pericial de la compañía aseguradora.

**5.** Figura incorporado a continuación el referido informe, emitido el 7 de abril de 2016 por un especialista en Cirugía del Aparato Digestivo. En él, tras realizar diversas consideraciones médicas sobre la enfermedad de Crohn, señala que “la indicación de la cirugía en este caso se hizo por evolución de una enfermedad largamente tratada médicamente hacia una estenosis de íleon terminal con cuadros suboclusivos de repetición, al no responder la enfermedad al tratamiento médico”. Añade que “lo que sabe cualquier cirujano experto es que las suturas en la enfermedad de Crohn tienen una cicatrización muy precaria, y más si como en este caso el paciente estaba tomando inmunodepresores y esteroides a altas dosis, y que además este fracaso dará lugar a una peritonitis generalizada porque las defensas locales de la cavidad abdominal (adherencias para limitar la diseminación de la peritonitis) son escasas, y que desarrollará un cuadro séptico abdominal con altas tasas de mortalidad. Pero (...) si la obstrucción no se soluciona la cirugía está bien indicada, no queda otra opción”.

Respecto a la “dehiscencia de sutura en cirugía colorrectal”, expone “las características técnicas que debe reunir una sutura digestiva para que tenga las mejores posibilidades de obtener la máxima fuerza tensional”, aclarando que la

“técnica de la sutura (...) es la primera y más importante enseñanza que reciben los residentes de Cirugía en formación, de tal modo que podemos asegurar que las suturas son siempre, desde un punto de vista técnico, perfectas”, y las “condiciones que debe reunir un paciente para que su capacidad de cicatrización sea la mejor posible”.

En cuanto a la técnica, indica que “la tendencia actual es realizar las anastomosis digestivas mediante suturas mecánicas con grapas (...) ya diseñadas para permitir la vascularización del borde de la sutura” y que “por su distancia y altura presionan el tejido de la mejor manera posible. Son, por lo tanto, muy seguras y, lo que es más importante, no dependen de la habilidad o pericia del cirujano (que aunque siempre es la mayor posible no deja de ser una variable a considerar)”. Afirma que “el fallo de las suturas es siempre un acontecimiento catastrófico, pues supone una contaminación de la cavidad abdominal por material intestinal con alto contenido bacteriano”, añadiendo que si el fallo “es muy precoz, en los primeros días, siempre es necesario reintervenir al paciente para solucionar la contaminación”, y que “si es más tardía, la actitud dependerá precisamente de la repercusión abdominal de la infección”, tratándose de una decisión de trascendencia vital.

Manifiesta que en el caso del reclamante “la primera reintervención por fallo de la sutura se realizó a las pocas horas de terminada la primera intervención. Este tipo de fallos de la sutura son siempre problema técnico, en este caso muy probablemente por fallo de alguna de las grapas de la sutura mecánica que no cerró adecuadamente. Este fallo no se detectó en la primera intervención porque ocurrió en la cara posterior de la sutura, donde se tiene mala visualización laparoscópica”, y precisa que “en las suturas íleo-cólicas” solo pueden “chequearse visualmente, y por supuesto puede quedar alguna zona no visible al laparoscopio. En general este detalle técnico no es muy relevante porque las máquinas de sutura mecánica, las grapadoras lineales, rara vez fallan. En el informe quirúrgico no se dice nada sobre la calidad de los tejidos que se anastomosaron, por lo que hay que deducir que estos no estaban inflamados y eran de la mejor calidad; es decir, que no fue un fallo de

los tejidos, sino muy probablemente del cierre de las grapas./ Los cirujanos solucionaron este problema, habida cuenta que habían pasado escasas horas desde la primera intervención mediante una pequeña resección de colon e íleon para encontrar tejidos sanos y volver a realizar una nueva sutura íleo-cólica, esta vez con puntos convencionales. Es una táctica correcta./ El segundo fallo de la sutura ocurrió siete días después de esta nueva anastomosis. Es el momento crítico para una sutura técnicamente bien realizada, porque la fuerza tensional de los puntos va cediendo y en cambio todavía la cicatrización no posee cualidades de resistencia a la presión adecuadas. La dehiscencia de una sutura entre el 5.º y 7.º día del posoperatorio es típica de un retraso de la cicatrización exclusivamente responsabilidad del paciente y no defecto técnico del cirujano./ En esta ocasión los cirujanos ya no se arriesgaron a realizar una nueva sutura, sino que crearon una ileostomía (...) y cerraron el cabo colónico. Es una actitud prudente y que sin duda salvó la vida del paciente, aun con la incomodidad de llevar una ileostomía unos meses”.

Explica que “cuando una sutura falla al reintervenir al paciente” puede solucionarse el problema de varias maneras, detallando hasta cinco de ellas. La primera consiste en “reparar y reforzar la sutura que ha fallado”, especificando que “solo es prudente en aquellas dehiscencias que se producen por fallo técnico; por ejemplo, por no haberse cerrado convenientemente algunas de las grapas de la sutura automática. Si el diagnóstico es muy precoz y no hay (...) una importante peritonitis, el deterioro del paciente es mínimo y los tejidos están bien vitalizados es una opción a considerar. En cualquier otro caso, en que el fallo es por defecto de la cicatrización, esta técnica tiene escasas posibilidades de éxito, pues si ya falló en la primera sutura nada nos asegura que ahora, que las condiciones del pacientes (...) y las circunstancias de los tejidos a resuturar son peores, se obtenga un éxito mayor que en la primera oportunidad”.

Afirma que las restantes opciones -“resecar la zona de la sutura (...), rehacer la anastomosis o resecar y volver a hacer la anastomosis pero para proteger esta sutura (...), ileostomía de descarga en asa o una colostomía en

cañón de escopeta de protección (...), no realizar la anastomosis"- habrán de adecuarse a las circunstancias concurrentes en cada caso.

Considera que "este paciente (...) tuvo mucha suerte al sobrevivir a dos fallos de sutura", que "es un hecho impredecible e inevitable que no está en la mano del cirujano prevenir más allá de realizar una sutura técnicamente correcta./ Es, por tanto, un riesgo típico de la cirugía y como tal viene especificado en el consentimiento informado que firmó el paciente".

Sostiene que "la sutura intracorpórea es una opción técnica validada por la experiencia que el empleo de suturas mecánicas ha facilitado enormemente; es una sutura segura, fácil y rápida. Lo que ha ocurrido en este caso, un fallo técnico del grapado, es algo completamente excepcional", y razona que "la técnica quirúrgica empleada es correcta" y que "los médicos actuaron diligentemente y con eficacia", calificando dicha actuación como "adecuada a la *lex artis*".

En cuanto a la parálisis del nervio mediano de la mano derecha, explica que "el estudio de electrofisiología que se le ha realizado en varias ocasiones al paciente señala que la lesión esté probablemente localizada a nivel de la flexura (...) del codo", que "se sitúa al lado de la vena cefálica, que es la vena más fácilmente accesible del sistema vascular humano y la que más se punciona para extraer analítica o para infundir sueros y medicación intravenosa (...). Se puede deducir que el nervio se lesionó al puncionar una vena para extraer sangre o colocar un catéter. Ambas acciones son imprescindibles para salvar la vida del paciente y, por lo tanto, se puede considerar una lesión justificada en aras de un bien superior". Considera que se debe "reconocer su origen iatrogénico", aunque "el antecedente de cirugía del túnel carpiano es un factor de riesgo para desarrollar esa sintomatología".

**6.** Con fecha 17 de junio de 2016, emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora. En él se rechaza la existencia de responsabilidad patrimonial "al no haber actuación contraria a la *lex artis*", y se afirma que "no se cumple tampoco el requisito de la antijuridicidad, dado que

las consecuencias de la dehiscencia de la sutura son complicaciones propias de las cirugías digestivas y la lesión del nervio mediano constituye un riesgo inherente a la realización de una punción en vena para extraer sangre o colocar un catéter”.

**7.** Mediante oficio notificado al perjudicado el 4 de julio de 2016, el Jefe de Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le indica que “deberá especificar, en el mismo plazo, la evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

El día 14 de julio de 2016, el reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que procede a efectuar la cuantificación económica solicitada, que asciende a un total de treinta y cinco mil cuatrocientos siete euros con un céntimo (35.407,01 €), por los siguientes conceptos: 398 días impeditivos, 13 puntos de secuelas “por paresia del nervio mediano” y un 10% de factor de corrección sobre las secuelas.

Adjunta el informe emitido por un especialista en Valoración y Baremación del Daño Corporal el 19 de febrero de 2016, en el que se afirma que “el paciente sufre lesión del nervio mediano de la extremidad superior derecha”. En cuanto al “mecanismo de producción”, afirma que “posiblemente” se produce “por compresión u otro efecto mecánico entre la cirugía realizada y la estancia en UVI”, y, sobre el “periodo de estabilización lesional”, indica que “desde el alta en UVI el día 21 de octubre de 2014 y el alta del Servicio de Rehabilitación del Hospital ..... en noviembre de 2015 discurren un total de 398 días”, precisando que resulta “difícil establecer el periodo impeditivo, toda vez que el paciente mantenía tal situación con relación a otras dolencias”.

**8.** Con fecha 22 de septiembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Basándose en el informe pericial aportado por la compañía

aseguradora, afirma que la primera intervención fue correcta y que el fallo en las suturas detectado constituye “una complicación en el posoperatorio (...) que hizo necesarias dos reintervenciones posteriores de urgencia”. Señala que “los cirujanos, y posteriormente los intensivistas, actuaron poniendo todos los medios necesarios para atender al paciente y su situación, tal y como ha quedado reflejado en el informe pericial antes señalado, por lo que nada cabe reprochar a los mismos por la necesidad de tener que operar hasta en dos ocasiones al paciente debido a las suturas. La actuación se llevó a cabo conforme a la *lex artis*./ También ha de señalarse que el riesgo que motivó estas posteriores intervenciones quirúrgicas es un riesgo que aparece reflejado en el documento de consentimiento informado (...), que a pesar de no ser frecuente el paciente fue debidamente informado del mismo, tal y como consta en el documento (...) obrante en el expediente administrativo y firmado por el paciente el día 29 de julio de 2013, con anterioridad a la intervención quirúrgica, y en el cual además se recoge expresamente que la complicación que sufrió (...) habitualmente se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero puede llegar a requerir una reintervención, que es lo que sucedió en el presente caso. De este modo, el daño deja de ser antijurídico, toda vez que el paciente ya conocía el riesgo de antemano, al ser informado del mismo por los facultativos, de manera que al emitir el consentimiento informado para la intervención ya era consciente de la posibilidad de que fuesen necesarias nuevas reintervenciones por fallos en las suturas”.

Por lo que se refiere al segundo de los daños que el reclamante imputa a la Administración -la secuela consistente en paresia del nervio mediano, en concreto la flexora del codo-, “que según los informes obrantes en el expediente pudo ser debida a una punción y, por tanto, es una lesión iatrogénica posiblemente debida al intentar puncionar una vena, debe precisarse nuevamente que es un daño antijurídico (*sic*). Según el informe pericial de la entidad aseguradora, las actuaciones (...) en la UVI (...) fueron necesarias para salvar la vida del paciente y (...) se daban en una situación de

urgencia, ya que si no se hubiesen llevado a cabo el paciente habría fallecido". Si a eso unimos "el estado en el cual se encuentra un paciente mientras está ingresado en la UVI, que es incapaz de emitir un consentimiento para las actuaciones médicas, toda vez que su estado así lo impide, y el hecho de que la colocación de un catéter o la realización de una analítica no representan un procedimiento terapéutico en los términos del artículo 8 de la Ley 41/2002 (...), hacen que no fuese necesario el consentimiento informado del paciente para la misma. Además, con independencia de lo anterior, cabe destacar que la lesión producida en el nervio mediano a consecuencia de la punción constituye un riesgo inherente a la propia técnica extractiva o de colocación de catéteres (...) comúnmente aceptado; sobre todo si se tiene en cuenta que no existe otra alternativa terapéutica para poder realizar analíticas o colocar los catéteres. Por tanto, el daño no puede ser considerado antijurídico".

**9.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de octubre 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 7 de octubre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido

el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 7 de octubre de 2015, habiendo tenido lugar la primera intervención quirúrgica del proceso asistencial por el que se reclama el día 7 de octubre 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 Responsabilidad Patrimonial. 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, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Asimismo, observamos que, pese a que en el escrito por el que se comunica al perjudicado la apertura del trámite de audiencia se indica que se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente (previsión conforme con lo dispuesto en el artículo 11.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), esa relación no consta en la documentación remitida a este Consejo.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los

conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial incoado por los daños derivados del proceso asistencial iniciado con una intervención para la realización de una resección ileal laparoscópica.

Consta en el expediente que tras esta cirugía el paciente tuvo que ser reintervenido en dos ocasiones por dehiscencias de la sutura, y que sufrió una lesión del nervio mediano derecho que en la historia clínica se asocia a su estancia en la UCI. No obstante, al cuantificar la reclamación con base en el informe pericial que aporta, el reclamante se refiere exclusivamente a la secuela resultante de la lesión nerviosa, por lo que este constituye el único perjuicio alegado.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del

servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

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*.

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

También hemos de advertir 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. En el caso que nos ocupa, los únicos

informes que se pronuncian sobre la relación entre el daño padecido y el funcionamiento del servicio público sanitario han sido aportados por la Administración, pues el informe pericial presentado por el interesado se refiere exclusivamente a la valoración económica de la afectación del nervio mediano de la mano derecha que sufrió. Por tanto, hemos de basarnos en aquellos para alcanzar nuestras conclusiones respecto a la imputación realizada.

En su escrito inicial, el perjudicado afirma que existe una “relación inequívoca de causa a efecto entre el anormal funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria y las lesiones producidas”, sin mayor concreción, pues únicamente deduce esa relación del hecho de que “tras la intervención quirúrgica” sufrió “complicaciones muy graves a causa de la deficiencia del tratamiento y de la intervención quirúrgica, y como consecuencia de lo anterior y de la falta de atención y vigilancia por parte de los servicios públicos de salud se produjo además la lesión del nervio mediano de la mano derecha”. Como ya hemos indicado, en su valoración cuantifica exclusivamente las secuelas asociadas a la lesión del nervio mediano, sin que invoque como daño ningún perjuicio relacionado con la necesidad de reintervención (hasta en dos ocasiones) por fallos en las suturas.

Frente a la vaguedad de que adolece el nexo causal expuesto por el reclamante, la Administración se pronuncia extensamente en relación con las complicaciones surgidas tras la primera cirugía -cuya indicación, avalada por el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora, no se cuestiona-. De la documentación incorporada al expediente se deduce la inexistencia de infracción alguna de la *lex artis* en las actuaciones desarrolladas con ocasión de las intervenciones practicadas. Es más, resulta acreditado que se dispusieron los medios necesarios y se actuó con la necesaria prontitud para solventar las incidencias surgidas durante cada posoperatorio -cuya gravedad destacan los especialistas informantes-, y que los fallos en la sutura, de diferente etiología, constituyen la materialización de un riesgo típico propio de la cirugía abdominal practicada y recogido como tal en el documento de consentimiento informado. Al respecto, debemos precisar que el documento

correspondiente a la primera intervención es el suscrito por el interesado en el mes de julio de 2013, y no el relativo al cierre de estoma por cirugía abierta firmado el 3 de febrero de 2015 (para una intervención distinta y posterior), al que se refiere el informe emitido por el Servicio afectado.

En cuanto a la afectación axonal aguda del nervio mediano derecho, la Administración no cuestiona su producción durante la estancia del paciente en la UCI. Aunque no resulta posible determinar su causa exacta, sí se relaciona con dos tipos de prácticas: bien con una punción venosa, realizada con la finalidad de extraerle una muestra sanguínea para analítica, o con la canalización venosa para medicación. En todo caso, no se ha detectado la existencia de ninguna anomalía en la realización de cualquiera de esas actuaciones, por lo que no cabe apreciar deficiencias en su ejecución que impliquen infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que las llevaron a cabo. Según el informe pericial, constituye una lesión iatrogénica a cuya producción contribuyó la existencia de un factor de riesgo propio del paciente (el antecedente de cirugía del túnel carpiano), y la propuesta de resolución indica que “constituye un riesgo inherente a la propia técnica extractiva o de colocación de catéteres”. Igualmente, han resultado probadas la inmediatez y la adecuación del diagnóstico, así como el tratamiento de la lesión, pautándosele rehabilitación hasta el mes de noviembre de 2015 -momento en que es dado de alta por agotamiento de las posibilidades terapéuticas-, por lo que no se aprecia la “falta de atención y vigilancia” que, genéricamente, reprocha el afectado.

En resumen, la secuela derivada de la lesión nerviosa sufrida durante el ingreso hospitalario no resulta antijurídica, al constituir la materialización de un riesgo asociado a la realización de las prácticas descritas, resultando todas ellas imprescindibles para el tratamiento del paciente.

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.