

Expediente Núm. 294/2016
Dictamen Núm. 308/2016

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 22 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 24 de noviembre de 2016 -registrada de entrada el día 30 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 de una intervención urgente de cirugía abdominal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de enero de 2016, 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 “a principios del mes de marzo de 2015 (...) presenta malestar general y dolor abdominal, ingresando en el Hospital (...), donde el día 7 de marzo de 2015 se le hace una ecografía abdominal y se le detecta coledocistitis sin signos de colecistitis, optándose por un tratamiento conservador”.

Significa que “a pesar del tratamiento” la persistencia de los dolores abdominales determina la realización de un TAC de abdomen y pelvis, “descartándose colecistitis, por lo que se decidió continuar con el tratamiento conservador iniciado”, si bien el empeoramiento de su estado obligó a realizar “el 12 de marzo de 2015 (...) un nuevo TAC que informa de aire atípico y sospecha de colecistitis aguda complicada (...). A la vista de este diagnóstico (...), es intervenido quirúrgicamente el día 13 de marzo de 2015, realizándose colecistectomía y drenaje de absceso en HCD. En el informe de cirugía emitido figura que el diagnóstico posoperatorio fue de ‘absceso en hipocondrio derecho de origen incierto’, y en la descripción de la técnica empleada, entre otras cosas, se señala” que “una vez finalizada la liberación se comprueba la integridad de la pared gástrica, duodenal y colónica; se observa pequeño deserosamiento en duodeno consecuencia de la liberación. No obstante, no hay fuga de contenido biliar ni fecaloideo en toda la intervención. Se comprueba además la integridad del estómago y duodeno mediante introducción de aire por SNG sin que haya fugas”.

Manifiesta que “en el posoperatorio se le realiza toracocentesis por derrame pleural. El paciente continúa con importante malestar, y en un nuevo TAC de abdomen se le detecta importante hemoperitoneo, así como úlcera duodenal perforada”.

Indica que “es nuevamente intervenido el 17 de marzo de 2016, observándose una perforación en la segunda porción duodenal, procediéndose a la realización de una esplenectomía por existir un hemoperitoneo sin hallarse un punto claro de sangrado y haberse objetivado una laceración esplénica, y se

realiza reparación de la perforación duodenal. Se acompañan informes de cirugía, de ingreso y Medicina Intensiva”.

Afirma que “en el posoperatorio se producen varias complicaciones: hematoma posquirúrgico de más de 10 cm y derrame pleural derecho con necesidad de colocación de tubo de tórax, siendo dado de alta a planta de Cirugía General para continuar tratamiento y evolución (...). Además, en el hospital permanece en aislamiento por contaminación por *A. baumannii*”, y es “sometido a tratamiento y seguimiento epidemiológico” del que es alta por el Servicio de Cirugía General el día 23 de abril de 2015.

Razona que, “a la vista de los hechos expuestos (...), resulta evidente que el funcionamiento de la Administración sanitaria, en este caso del Principado de Asturias, no fue el correcto, pues, ya sea por diagnósticos inicialmente erróneos, tratamientos inadecuados, falta de disposición de medios, e incluso por mala praxis, desencadena un cúmulo de sucesos, patologías y complicaciones que causaron importantes daños y perjuicios al paciente”. Así, en primer lugar, señala que, “a pesar” de “que desde el principio del mes de marzo (...) presentaba malestar e importante dolor abdominal continuado, se descartó la existencia de colecistitis, aplicándole un tratamiento conservador, retrasándose la intervención quirúrgica hasta el día 13 de marzo por `colecistitis aguda complicada´”. En segundo lugar, considera que “en la intervención quirúrgica del día 13 de marzo de 2015 no se actuó correctamente, pues desde su finalización el paciente continuó con importante malestar y dolores, debiendo ser reintervenido días después por importantes hematomas, se le tiene que extirpar el bazo y se detecta una perforación en el duodeno que tiene que ser reparada”. En tercer lugar, explica que “en la primera intervención practicada, según consta en el informe de cirugía (...), se observa un deserosamiento en el duodeno; pero, a pesar de ello, no fue tomada en consideración su importancia, ni valorada correctamente esta situación, dando lugar a la segunda intervención quirúrgica, al alargamiento del proceso de curación y a la extirpación del bazo”. Por último, “el posoperatorio de esta

segunda intervención cursa con numerosas complicaciones: derrame pleural, insuficiencia respiratoria, infección bacteriana, insomnio”.

Considera que “en este caso el funcionamiento de la Administración sanitaria era perfectamente previsible y evitable, lo que supone daños y perjuicios evidentes para el reclamante, dada la mala praxis existente en la primera intervención quirúrgica, y que el proceso de curación se alargó indebidamente, quedando como secuelas la extirpación del bazo (esplenectomía) e importantes cicatrices, a lo que se debe sumar el daño moral que es ineludible en este tipo de situaciones”.

Añade que “el retraso en el diagnóstico y en la actuación médica, no valorar adecuadamente las circunstancias concurrentes, así como la mala praxis en la primera intervención quirúrgica, obligaron a una segunda intervención, dando lugar a un alargamiento del proceso de curación y a la extirpación del bazo, con varias complicaciones y las secuelas correspondientes, socavando la salud del paciente”, por lo que sostiene que “la actuación de los servicios sanitarios (...) no se ajustó a lo que generalmente se considera correcto en casos como el que nos ocupa, pudiendo decirse que los servicios médicos no actuaron según los cánones generalmente considerados correctos para este tipo de supuestos”.

Valora el daño sufrido en quince mil euros (15.000 €).

Aporta diversa documentación médica relativa al proceso por el que reclama.

2. Mediante oficio de 23 de febrero de 2016, 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 9 de marzo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente obrante en el hospital en el que se prestó la asistencia cuestionada, en formato electrónico.

Con fecha 15 de marzo de 2016, le traslada el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General el día anterior. En él indica que "el paciente fue consultado a petición de la Unidad de Observación del Servicio de Urgencias por epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho". Tras describir sus antecedentes, precisa que cuando consulta tiene realizada una ecografía en la que se observa "vesícula con cálculos sin signos de colecistitis" y un TC en el que se aprecia "complicación inflamatoria subhepática y en flanco derecho que implica a la vesícula biliar de probable origen en bulbo duodenal./ A la vista de los hallazgos exploratorios, analítica y estudios de imagen se decide el ingreso del paciente", reflejándose en la correspondiente nota que "se valora con staff de guardia. Dado el escaso neumo y los hallazgos del TC con probable plastrón duodenal, se decide optar por (tratamiento) médico conservador. Dejamos con ATB de amplio espectro, SNG y analítica para mañana". Se establece la impresión diagnóstica de "perforación duodenal contenida./ Al día siguiente, en la nota del pase de visita, `clínicamente mejor, con menos molestia a pesar de analítica con 14.000 leucos. Para hacer TC control al final de semana. Lo pido´./ En los días siguientes se constata mejoría clínica", salvo fiebre el día 11 de marzo.

Reseña que "al día siguiente, 11 de marzo (*sic*), sin cambios clínicos relevantes, se realiza el TC previsto" y el informe concluye "colecistitis aguda litiásica complicada con aumento de líquido perihepático y de las colecciones perivesiculares. Aire atípico perivesicular que sugiere perforación contenida de estructura intestinal (duodeno o ángulo hepático del colon)", procediendo a intervenir al paciente, aunque "en el informe operatorio se indica con claridad que no hay signos de colecistitis aguda (dato que se confirma con la anatomía patológica de la pieza de colecistectomía). Hay un absceso de pus blanquecino

en el seno del plastrón en el que están implicados el colon, duodeno e hilio hepático. Se constata expresamente que se chequea la integridad de las paredes colónica, duodenal y gástrica, y que en ningún momento se detecta contenido biliar ni fecaloideo". Manifiesta que en "la nota clínica en que se resume la intervención" figura que "no queda claro el origen del absceso, ya que las paredes de las vísceras implicadas están íntegras"./ El posoperatorio transcurre en la Unidad de Reanimación y las notas clínicas en días sucesivos corresponden a un posoperatorio normal. El día 17 (5.º día de posoperatorio) es visto a la 1:39 de la madrugada por un episodio de palidez, sudoración y dolor abdominal generalizado. Se toman diversas medidas de soporte que parecen controlar la situación inicialmente, pero en la evolución el abdomen se distiende más, aumenta el dolor y se constata anemización en la analítica. Un TC realizado de urgencia informa de importante hemoperitoneo con probable origen en bulbo duodenal. Úlcera duodenal perforada con burbujas extraduodenales".

Precisa que "el paciente fue reintervenido el mismo día 17 de marzo. Los hallazgos operatorios son un importante hemoperitoneo que por el aspecto y localización de los coágulos parece proceder del área esplénica. Se explora la zona y se constata una pequeña decapsulación en su cara posterior. Se practica esplenectomía. En la segunda porción duodenal se aprecia una perforación de unos tres mm de diámetro que se sutura y una filtración biliar mínima por el muñón cístico que se cubre con un sellante, dada la inflamación tisular que desaconseja la sutura".

Afirma que "el curso clínico es favorable hasta el día 22-03 (5.º día tras la reintervención) en que se presenta una hipotensión, taquicardia y sudoración, acompañados de anemización. Un nuevo TC informa de hematoma en ligamento gastrohepático, visualizando punto de sangrado en segunda porción duodenal. Presencia de líquido libre en cavidad abdominal./ Se valora la reintervención quirúrgica, pero el paciente se estabiliza con las medidas adoptadas y (...) se decide actitud de vigilancia./ El curso es nuevamente

favorable hasta el día 27-03, en que se presenta un cuadro de hipotensión y desaturación gasométrica que requiere su ingreso en UVI para soporte ventilatorio./ La evolución abdominal es en continuidad favorable” hasta la retirada completa de la nutrición parenteral. Indica que “de modo intercurrente presenta un cultivo positivo para *Acinetobacter baumannii* que requiere tratamiento específico y aislamiento de contacto, y en un TC se identifican signos de embolismo pulmonar subagudo (...). También, insomnio y ansiedad./ Por todo ello, recibió consultas de los Servicios de Hematología, Neumología, Medicina Preventiva y Psiquiatría. Finalmente (...), fue alta el 24 de abril de 2016”.

Concluye que “parece claro que el paciente nunca tuvo una colecistitis aguda. En cualquier caso, el tratamiento conservador con reposo digestivo y antibióticos forma parte del tratamiento de la colecistitis aguda no complicada. La presunción diagnóstica desde el ingreso fue de `perforación duodenal contenida´ y este proceso también se puede tratar con medidas conservadoras de la misma naturaleza. Es el TC del día 11 de marzo el que con su informe de colecistitis complicada aconseja la intervención. Sin embargo, se hace evidente que no hay tal colecistitis, y de la lectura de la hoja quirúrgica se desprende fácilmente que el equipo quirúrgico busca una perforación de víscera hueca y con más empeño aún del duodeno, sin encontrarla. Nada de lo que después acontece está fuera de contexto y no apreciamos mala praxis ni, por supuesto, desatención al paciente”.

4. Mediante escrito de 29 de abril de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

5. Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico emitido a instancias de la compañía aseguradora con fecha 18 de agosto de 2016 por

cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él, tras realizar diversas consideraciones médicas sobre la úlcera péptica, se concluye que “se trata de un paciente de 53 años que ingresa en la urgencia” del Hospital “el 08-03-15 por un dolor en epigastrio. Entre los antecedentes destaca una cardiopatía isquémica, estar operado de una neoplasia de recto, se le realizó una AAP+RT+QT. Había sido diagnosticado de ulcus duodenal, Forrest III, tratado con IBP (...). Tras las oportunas exploraciones clínicas, analíticas y de imagen es diagnosticado de colecistitis vs. perforación de ulcus duodenal. En base al pequeño neumoperitoneo, alguna burbuja de aire, se decide tratamiento conservador, con seguimiento clínico. Esta actitud es correcta, y más en base a las importantes comorbilidades que presentaba (...). Tras empeoramiento clínico se realiza un TAC en el que aparece un absceso subhepático. Se realiza cirugía urgente, procediéndose a extirpar la vesícula y drenar el absceso, en el posoperatorio pasó a la UCI (...). Al 4.º día de posoperatorio es intervenido por hemoperitoneo y mínima perforación duodenal. Se realiza esplenectomía y sutura de la úlcera (...). La posibilidad de hemoperitoneo estaba descrita entre las posibles complicaciones en el documento de (consentimiento informado) (...) antes de la primera cirugía (...). En el posoperatorio pasó a la UCI (...), donde presenta varias complicaciones que fueron tratadas de manera correcta de acuerdo con el estado de la ciencia (...). De acuerdo con la documentación examinada, se puede concluir (...) que todos los profesionales que trataron al paciente” en el Hospital “lo hicieron de manera correcta”.

6. Mediante oficio notificado al interesado el 7 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, constando su personación para tomar vista del expediente el día 20 de ese mismo mes.

Con fecha 24 de octubre de 2016, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el que reitera que “el funcionamiento de la Administración sanitaria no fue el correcto, pues, ya sea por diagnósticos inicialmente erróneos, tratamientos inadecuados, falta de disposición de medios, e incluso por mala praxis, desencadena un cúmulo de sucesos, patologías y complicaciones que causaron daños y perjuicios al paciente”.

Afirma que la primera intervención se llevó a cabo por una “colecistitis aguda complicada”, como figura en la documentación incorporada al expediente, “por lo que se viene a reconocer expresamente un error diagnóstico”. Añade que “no se tiene en cuenta que ya en la primera intervención se observa un deserosamiento en el duodeno, pero no se le dio importancia ni se valoró adecuadamente esta circunstancia, dando lugar a que tuviera que ser intervenido quirúrgicamente por segunda vez por perforación duodenal y shock hemorrágico./ El estado del paciente requería, además de un diagnóstico adecuado, una urgente intervención, no pudiendo admitirse como normal una espera de siete días, ni menos aún que hubiera de realizarse una segunda intervención por no haberse valorado las circunstancias o síntomas que el paciente presentaba”.

Sostiene que “en este caso el retraso en el diagnóstico y en la actuación médica, no valorar adecuadamente las circunstancias concurrentes, así como la mala praxis en la primera intervención quirúrgica, obligaron a una segunda intervención dando lugar a un alargamiento del proceso de curación y a la extirpación del bazo”, además de las complicaciones adicionales que detalla.

7. El día 2 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial e Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “en el presente caso la asistencia prestada fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No ha existido retraso diagnóstico, puesto que tras la primera impresión diagnóstica (colecistitis vs. ulcus perforado), a la vista de los resultados de las pruebas realizadas, se optó por un tratamiento

conservador, dada la clínica y los antecedentes patológicos del paciente. El deserosamiento del duodeno observado en la primera intervención no significa la existencia de una perforación (no detectó líquido biliar ni fecaloideo y se comprobó la estanqueidad del tubo digestivo). La perforación y el hemoperitoneo sufridos fueron la materialización de dos de los riesgos típicos de la intervención quirúrgica realizada en un paciente con adherencias intestinales por cirugías previas, y el resto de complicaciones sufridas fueron resueltas de forma satisfactoria”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de noviembre 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. 2016/8, 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 21 de enero de 2016, 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, el reclamante se encuentra 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 21 de enero de 2016, habiendo tenido lugar el alta por el Servicio de Cirugía General tras el proceso asistencial por el que se reclama el día 23 de abril de 2015, 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, advertimos que, pese a que en el escrito en el que se confiere trámite de audiencia al reclamante se indica que se 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 entre la documentación remitida a este Consejo.

Asimismo, 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 iniciado por una reclamación formulada por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida con ocasión de dos intervenciones quirúrgicas.

El perjudicado alega que, a consecuencia de la deficiente atención dispensada, el proceso de curación requerido “se alargó indebidamente”, y que sufrió la extirpación del bazo “e importantes cicatrices”, así como “varias complicaciones y las secuelas correspondientes” (secuelas que no concreta, aunque sí detalla aquellas “complicaciones”).

Consta en el expediente que con ocasión de la segunda operación hubo de someterse a una esplenectomía, por lo que debemos considerar acreditada, al menos, la existencia de este daño, así como la de las cicatrices derivadas de las dos intervenciones.

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. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

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. Por tanto, hemos de basarnos en ellos para alcanzar nuestras conclusiones respecto a la imputación realizada.

El reclamante alega la existencia de “mala praxis” en la primera intervención quirúrgica, cuya demora también reprocha, pues tuvo lugar el día 13 de marzo pese a que, según afirma, ya desde principios de ese mes sufría dolor abdominal continuado de importancia. A su juicio, el hallazgo durante la operación de “deserosamiento en el duodeno” exigía la adopción de alguna decisión terapéutica (que no concreta) cuya omisión, entiende, habría provocado la necesidad de la segunda operación. En el trámite de audiencia añade que la ausencia de la patología sospechada como causa de la primera intervención (“colecistitis aguda complicada”) constituye un “error diagnóstico”. En cuanto a la segunda operación, considera que su estado requería “una urgente intervención” que no tuvo lugar por la existencia de “retraso diagnóstico” en la perforación duodenal. Asimismo, atribuye las diversas complicaciones derivadas de la misma (singularmente, la extirpación del bazo) a un incorrecto proceder de la Administración sanitaria que asocia a la “mala praxis” de la primera intervención.

Analizando cada uno de los reproches formulados, encontramos, en primer lugar, que de los informes obrantes en el expediente no cabe concluir la existencia de retraso en la realización de la primera intervención, siendo correcta la decisión inicial de adoptar un tratamiento conservador tras el ingreso del paciente.

En segundo lugar, la propuesta de resolución aclara que “el deserosamiento del duodeno observado en la primera intervención no significa la existencia de una perforación”, como prueba la falta de detección de fuga de líquido biliar o fecaloideo, habiéndose comprobado la estanqueidad del tubo

digestivo y de la "integridad del estómago". Por tanto, no resultaba posible su abordaje con ocasión de la primera cirugía.

En tercer lugar, y de nuevo en relación con la primera intervención, si bien ciertamente la sospecha de colecistitis no se vio confirmada, el documento de consentimiento informado suscrito para la cirugía de urgencia con fecha 12 de marzo de 2015 refleja que no se dispone de un "diagnóstico cierto", pero "que su estado no permite esperar a la realización de otras pruebas", tratándose el consignado de un diagnóstico "probable". En todo caso, ninguna parte discute la necesidad de la operación en la que se extirpó la vesícula y se procedió al drenaje de un absceso. De ello se deduce que la intervención no fue superflua, y, de hecho, siguiendo el razonamiento del propio reclamante, era necesaria (hasta el punto de que -como acaba de verse- reprocha precisamente su retraso, así como una inadecuada valoración del deserosamiento que también se advierte durante la misma).

En cuanto al retraso en la segunda intervención, el informe emitido por el Servicio de Cirugía General indica que las "notas clínicas en días sucesivos corresponden a un posoperatorio normal", sin que tampoco transcurran "siete días" de espera, como señala el reclamante (pues la primera intervención tuvo lugar el día 13 de marzo y la segunda el día 17 del mismo mes). En el informe de ingreso de fecha 18 de marzo de 2015, que aporta el propio reclamante, consta una "evolución favorable" inicial tras la primera operación, hasta el día 16 de marzo, momento en que su estado empeora, procediéndose a su intervención de urgencia previa detección en el TC realizado el 17 de marzo de "abundantes coágulos abdominales". A mayor abundamiento, tal y como destaca el informe emitido por los especialistas a instancias de la compañía aseguradora, el sangrado abdominal constituye uno de los riesgos poco frecuentes y graves contemplados en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente con ocasión de la primera intervención, y en el mismo también se advierte de la posibilidad de reintervención, generalmente "de urgencia", para solventar las complicaciones que surjan.

Por último, el reclamante no cuestiona la extirpación del bazo, que tiene lugar en la segunda operación, y tampoco fundamenta la eventual relación que enuncia con la denunciada “mala praxis” concurrente en la primera intervención.

En definitiva, los informes incorporados al expediente avalan la corrección de las decisiones adoptadas y la ausencia de mala praxis en las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo durante el ingreso hospitalario 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.