

Expediente Núm. 334/2017
Dictamen Núm. 47/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José 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 15 de marzo de 2018, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 12 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 esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a las complicaciones surgidas en el posoperatorio de una cirugía laparoscópica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 17 de enero de 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento del esposo y padre de los interesados en el curso del posoperatorio de una “colecistectomía laparoscópica”.

En ella exponen que el paciente fue sometido a esa cirugía en el Hospital "X" el día 12 de mayo de 2016, siguiéndole una "muy mala" evolución, pues "desde el primer momento se produjo una fuga biliar (...) sin que (se adoptase) ningún medio adecuado a tal circunstancia, cuya sintomatología era clara".

Manifiestan que la fuga biliar "deriva de una defectuosa realización de la colecistectomía, al no quedar suturados según la buena praxis médica los puntos de la intervención", y que además "no se tomaron medidas eficaces en el posoperatorio, pues ni se adoptaron ni hubo una observación y seguimiento (...) pese a los síntomas que presentaba". Puntualizan que tras la cirugía "la única medida terapéutica durante toda la tarde (...) consistió en tratamientos sintomáticos (analgésicos, antieméticos, etc.)", y que al día siguiente, "pese a la mala situación del paciente, no hay anotaciones en la historia clínica desde las 10:34 hasta las 21:52 horas". Subrayan que el día del fallecimiento "a las 6:51 horas se señala un deterioro analítico con situación de extrema gravedad, pero no se adoptan medidas eficaces, como pudiera ser la intervención quirúrgica (...). Se descarta a las 9:38 horas la posibilidad de cirugía en ese centro y hablan con el (Hospital 'Y') para trasladarlo en UVI móvil. Se llama a la familia a las 9:38 horas para su traslado (...). A las 9:41 se le traslada a la Sala de Paradas y a las 9:54 horas se informa de la posibilidad de shock séptico en relación a posible peritonitis de causa biliar tras la cirugía. El paciente fallece". Insisten en que "no se agota la obligación de medios. Es de reseñar que el Servicio de Cirugía no habla de actuar quirúrgicamente hasta las 6 horas del día 14, cuando la situación era (...) irreversible".

Añaden que "el consentimiento informado que consta en la historia clínica no reúne los requisitos exigidos legalmente, pues ni siquiera recoge el nombre del paciente ni si desea ser informado o no, y sin fecha, solo aparecen las firmas sin dato alguno de información", aunque "sí es de tener presente lo que el mismo recoge respecto a los riesgos poco frecuentes y graves, que pone de relieve que no se adoptaron las medidas propias cuando hay salida de bilis".

Concluyen solicitando que se les indemnice "en una cantidad que no ha de ser inferior" a doscientos cincuenta mil euros (250.000 €).

Acompañan una copia de la inscripción del matrimonio y del nacimiento de los hijos en el Registro Civil de Onís que acredita su legitimación.

2. El día 1 de febrero de 2017, 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. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, se incorpora a las actuaciones el historial clínico del paciente y el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "X".

En el referido informe, fechado el 22 de febrero de 2017, se indica que el enfermo "presentó (...) varios episodios de cólicos biliares en los meses anteriores, objetivándose en ecografía la existencia de colelitiasis, y en enero de 2016 episodio de colecistitis aguda que requirió ingreso, realizándose una (...) (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con papilotomía y extracción de cálculo (8-2-2016). Valorado posteriormente en consultas externas se planteó colecistectomía laparoscópica (...). Se realiza el protocolo habitual (...): paciente (...) conocedor de cirugía y lateralidad, consentimiento informado correctamente cumplimentado (...). La intervención finalizó a las 11:12 horas (...), es alta a planta (...), buena analgesia, abdomen sin datos de peritonismo (...). Durante la tarde del día de la intervención realiza micción espontánea con dolor y (...) episodio de vómito con hipertensión (...). Además presenta globo vesical, por lo que se procede a sondaje vesical (...). El día 13 de mayo (1.º día del posoperatorio) el paciente se encuentra afebril, presenta tensiones altas y dolor abdominal generalizado, por lo que se mantiene la cobertura analgésica habitual en un posoperatorio (...) y se solicita analítica de control (...). Ante la persistencia del dolor abdominal, a pesar de la ausencia de otras alteraciones analíticas, se solicita ecografía urgente, realizándose además un TAC para mejor estudio diagnóstico" que informa de "atelectasias hipoventilatorias (...) pulmonares bilaterales basales posteriores asociadas en el

lado derecho (a) un pequeño derrame pleural. Escasa cantidad de líquido subesplénico. Líquido perihepático con una pequeña burbuja que es muy probablemente atribuible a la intervención quirúrgica reciente (...). El líquido libre de la gotiera cólica derecha se extiende hasta la pelvis, en la valoración ecográfica se trata de un líquido denso con áreas fibrosas y probablemente corresponde a sangre/bilis. Dilatación moderada de asas del intestino delgado del segmento yeyunal con normalidad (...) del tramo ileal y del colon, probablemente se trata de una dilatación reactiva sin engrosamiento mural asociado y sin otros signos de sufrimiento”.

Señala que “durante la tarde el paciente continúa con dolor. Solicito analítica urgente donde solo destacaría un INR de 1,8 y PCR 250. TAC urgente informado verbalmente como presencia de líquido denso, probablemente sangre, en gotiera derecha y pelvis. No excesiva cuantía. Atelectasias hipoventilatorias en lado derecho (...). A las 6:00 de la madrugada del día 14 de mayo acude el médico de guardia (...) para valorar al paciente, que se encuentra sudoroso con diuresis escasa, dolor que no cede con analgesia y saturaciones de oxígeno disminuidas. Se aumenta el oxígeno y se solicita analítica urgente de cara a revisión urgente en quirófano./ En dicho control analítico se aprecia una elevación de PCR, deterioro de función renal y de coagulación. Se inicia perfusión de Prothromplex y vitamina K para corregir la coagulación con vistas a cirugía, y tras ello (...) se procede a solicitar valoración por el Servicio de Anestesia./ La evaluación anestésica (9:15 horas) es de paciente con probable sepsis de origen biliar, con repercusión hemodinámica, coagulopatía y repercusión respiratoria que precisará cuidados intensivos posquirúrgicos, por lo que se decide derivación a centro de referencia (...), informando de todo ello al propio paciente y a su familia (9:38 horas)./ Ante el deterioro hemodinámico, la situación de hipotensión, oligoanuria y shock el paciente es trasladado a box de críticos en donde se comienza con aminas vasoactivas (...) y reversión de la coagulopatía (...), además de soporte respiratorio con reservorio, con mejoría de las tensiones y control del dolor con fentanilo, pero persistencia de bajas saturaciones de oxígeno (10:08 horas)./ Realizado control analítico de gases urgente, se aprecian cifras de ph 7,24, pO2

51, pCO₂ 38, por lo que se decide intubación orotraqueal, produciéndose durante la misma vómito biliar abundante y broncoaspiración. A las 10:30 el paciente presenta parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar según protocolo. A las 11 horas, tras no conseguir ningún ritmo eficaz ni desfibrilable se decide suspender maniobras y el paciente es exitus”.

En la historia clínica remitida por el hospital consta un “consentimiento informado para cirugía de urgencias” firmado por el paciente (de 56 años) y por el médico, en el que figura la fecha de “14-5-2016” y se expresa que “no existe alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad”, se reseñan los riesgos generales y específicos (incluyéndose entre los “poco frecuentes y graves” el “sangrado o infección intraabdominal”) y se recoge la manifestación de que el paciente ha sido “informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico”, asumiendo los riesgos.

Asimismo consta un informe de traslado interservicios, fechado el 14 de mayo de 2016, en el que se indica que tras la intervención el paciente se encuentra “afebril, con tensiones altas. Al día siguiente presenta abdomen con dolor generalizado que cede parcialmente con analgesia pautada./ En analítica urgente (...) destaca INR de 1,8 y PCR 250, y ECO/TAC” (con el resultado transcrito en el informe del Servicio de Cirugía), añadiéndose que “ante la tolerancia del paciente y la escasa cuantía de líquido en TAC se decide manejo médico y observación. Durante las siguientes horas el paciente permanece con constantes mantenidas (...). En nueva analítica de control presenta cierto deterioro (...). Desviación izquierda no presente previamente (...). Dolor mantenido a pesar de analgesia, por lo que se solicita valoración por Servicio de Anestesia (...). Se solicita traslado en UVI móvil”.

Consta igualmente un informe clínico de urgencias, fechado el 14 de mayo de 2016, en el que se relata la evolución del paciente desde su traslado “de planta a box de críticos por shock posiblemente séptico en relación a posible peritonitis de causa biliar tras cirugía de colecistectomía”, así como el informe anatomopatológico, de 30 de junio de 2016, en el que se aprecian “signos indirectos de peritonitis aguda” y se precisa que se trata de un

“paciente que en el transcurso del posoperatorio inmediato de cirugía de colecistectomía desarrolla complicaciones en probable relación causal con fuga biliar, sin que haya sido posible constatar su origen”.

4. Remitido el expediente a la correduría de seguros de la Administración, la compañía aseguradora emite un informe pericial, el 13 de agosto de 2017, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Cirugía General. En él se señala que la colecistectomía laparoscópica “ha permitido obtener unos resultados óptimos (...), entre 1-3 % de infección de herida, 0,05-1 % de lesión de la vía biliar”, si bien una de sus “complicaciones específicas” consiste en “fístula biliar en relación con el desprendimiento de los clips que cierran el conducto cístico o por lesión de vías biliares, lo que da lugar a un coleperitoneo”. La causa más frecuente de coleperitoneo precoz tras una colecistectomía laparoscópica es la salida de bilis a través del conducto cístico “por desprendimiento de los clips que se colocan antes de la sección del mismo”. Se concluye que “la indicación de cirugía era absolutamente correcta (...). Los preoperatorios eran correctos y no contraindicaban la intervención. Antes de la misma firmó los documentos de (consentimiento informado) para anestesia y cirugía de colecistectomía laparoscópica. En este se describen algunas de las posibles complicaciones del procedimiento e incluso una posibilidad aunque excepcional de muerte (...). La cirugía se lleva a cabo mediante abordaje laparoscópico, se extirpa la vesícula tras sección entre clips de conducto cístico y arteria cística. No se describen complicaciones durante la intervención (...). Tras pasar a planta el primer día del posoperatorio presentó hipertensión arterial e importante dolor abdominal que fue en aumento al día siguiente. En base a ello se realizan exploraciones de imagen, eco y TAC que demuestran la existencia de líquido libre intraabdominal, compatible con bilis o sangre. Se decide tratamiento conservador (...). En las horas siguientes el paciente empeora con aumento del dolor abdominal, taquicardia, hipotensión y reacción peritoneal. Se decide intervención quirúrgica, pero se considera por parte de Anestesia que ese centro no reúne las condiciones necesarias para el tratamiento de un paciente de estas características. Se solicita traslado al

(Hospital "Y") (...). Antes del mismo y ante la mala evolución del paciente se decidió su traslado al box de críticos (...). Durante las maniobras de intubación presenta una broncoaspiración con PCR a los pocos minutos, sin que fueran eficaces las maniobras de RCP (...). Tras practicarle la necropsia se apreció entre otras complicaciones signos de peritonitis por coleperitoneo sin que se llegue a concretar la causa del mismo".

5. Evacuado el trámite de audiencia, una de las reclamantes comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

Con fecha 2 de noviembre de 2017, los interesados presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que manifiestan que "deviene incuestionable que el óbito del paciente tuvo su causa en una fuga biliar que no fue detectada hasta casi dos días después de la intervención quirúrgica (...), aun cuando con carácter inmediato y en todo momento tras aquella intervención presentó una sintomatología claramente indicativa de la concreta problemática".

Reiteran que "la posibilidad de que se produzca una fuga biliar tras la realización de una colecistectomía laparoscópica se encuentra igualmente contemplada en la 'hoja de consentimiento informado' -que no une los requisitos legales- como uno de los riesgos poco frecuentes y graves", de lo que se deduce que "constituía un riesgo en modo alguno descartable", por lo que "no se alcanza a entender (...) que, pese a la clara sintomatología (...), se descartase por completo dicho riesgo con fundamento únicamente en criterios subjetivos, sin realizar ninguna prueba técnico-científica tendente a verificar la inexistencia de fuga biliar y coleperitoneo hasta que la manifestación de estos en (...) la mañana del día 14 de mayo los hacía irreparables".

Sostienen que "la intervención quirúrgica no fue correctamente realizada, circunstancia claramente determinante de la responsabilidad patrimonial pretendida", de modo que "corresponde a la Administración aclarar el modo en que se produjo la peritonitis y si esta constituía una contingencia inevitable".

Añaden que "la evolución posquirúrgica fue negativa (...), como acredita la hipertensión y dolor padecidos; ante tal circunstancia tan solo se pautó un

tratamiento sintomático que únicamente disimulaba el cuadro realmente concurrente, y ante la existencia de líquido intraperitoneal detectado tras la realización de ecografía y TAC, pese a la mala evolución del paciente durante largo tiempo, se descartó cualquier otra clase de tratamiento, incluido el quirúrgico, hasta que (...) la situación se presentó como irreversible". Consideran que inmediatamente se debió "verificar de manera indubitada la concreta naturaleza del líquido".

6. Con fecha 22 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que "la colecistectomía laparoscópica presenta un 10 % de complicaciones. Las más frecuentes son: colelitiasis tras colangiografía intraoperatoria (5 %), infección de la herida quirúrgica (1-3 %), lesión de la vía biliar (0,05-1 %), exitus (0,1-0,5 %). En cuanto se detectó la complicación (fuga biliar debida probablemente a la lesión de la vía biliar) se pusieron a disposición del paciente todos los medios para tratar de solucionarla, no siendo cierto que se desechara la reintervención; de hecho, el paciente falleció cuando estaba siendo estabilizado para trasladarlo al (Hospital `Y´) al objeto de ser intervenido quirúrgicamente".

Respecto a "la validez del consentimiento informado, hay que reseñar que en el mismo consta el tipo de procedimiento al que iba a ser sometido el paciente y su firma, la cual los reclamantes en ningún momento cuestionaron".

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de diciembre de 2017, 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 según 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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 17 de enero de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del familiar de los afectados- el día 14 de mayo de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se advierte que los reclamantes se limitan a señalar en su escrito inicial un *quantum* indemnizatorio global “que no ha de ser inferior a los 250.000 euros”, cuando accionan por un daño estrictamente personal. No habiendo sido requeridos oportunamente de subsanación, se observa que, sin perjuicio del sentido final de este dictamen, no cabría una resolución estimatoria sin que previamente se cumplimentara ese requerimiento.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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.- Reclaman los interesados -esposa e hijos del fallecido- el resarcimiento del daño derivado de la pérdida del cónyuge y padre que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario, invocando que “la intervención quirúrgica no fue correctamente realizada”, que el posterior tratamiento no se ajustó a la sintomatología y que la hoja de consentimiento informado “no reúne los requisitos exigidos legalmente”.

Queda acreditado el hecho del fallecimiento -que conduce a presumir un

padecimiento moral en los allegados que aquí reclaman- en el curso del posoperatorio de una colecistectomía laparoscópica, debiendo también estimarse probado -a la luz del informe anatomopatológico, y tal como asumen los peritos informantes- que la muerte sobreviene por complicaciones derivadas de una fuga biliar tras la cirugía.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-

para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de señalar 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.

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. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Los interesados afirman en su escrito de alegaciones que “la intervención quirúrgica no fue correctamente realizada, circunstancia claramente determinante de la responsabilidad patrimonial pretendida”, de modo que “corresponde a la Administración aclarar el modo en que se produjo la peritonitis y si esta constituía una contingencia inevitable”. Al respecto, basta recordar, conforme a la doctrina expuesta, que la obligación que pesa sobre el servicio público sanitario es de medios y no de resultado, sin que quepa obviar los riesgos inherentes a la cirugía suplantando el parámetro de la *lex artis* por un criterio de resultado. Asimismo, debe repararse en que cuando se concreta un riesgo descrito y asociado a la intervención practicada no cabe acudir a la doctrina del daño desproporcionado -que atañe a un resultado médicamente inexplicable-, tal como parece invocarse cuando se traslada a la Administración la carga de la prueba; amén de que esa carga nunca podría predicarse de la “inevitabilidad” del desenlace, sino de la suficiencia de medios, so pena de erigir la medicina en ciencia exacta y a sus operadores en infalibles.

En cuanto al resto de las imputaciones, referidas al desajuste del tratamiento dispensado con la sintomatología del paciente y su evolución, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios periciales obrantes en el expediente, todos ellos aportados por la Administración y su compañía aseguradora, pues, pese a la naturaleza señaladamente técnico-médica de los extremos deducidos por los interesados -y cuya prueba les incumbe-, no han desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la supuesta infracción de la *lex artis*.

Frente a los razonamientos de los perjudicados -desprovistos de soporte pericial- en torno a la presencia de "una sintomatología claramente indicativa" de fuga biliar tras la cirugía y la omisión de los tratamientos oportunos, todas las pruebas periciales obrantes en el expediente asumen que la atención dispensada fue correcta y adecuada a los síntomas que el paciente presentaba en cada momento. En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General se detalla la evolución del enfermo y las pruebas practicadas -observándose que tras la operación presentaba "abdomen sin datos de peritonismo", y al día siguiente "persistencia del dolor abdominal", pero se encontraba "afebril" y con "ausencia de otras alteraciones analíticas"-, sin que se objetive omisión o mala praxis. En el mismo sentido, obra en la historia clínica un informe de traslado interservicios, fechado el 14 de mayo de 2016, en el que se indica que tras la intervención el paciente se encuentra "afebril, con tensiones altas. Al día siguiente presenta abdomen con dolor generalizado que cede parcialmente con analgesia pautada", y a la vista de las pruebas de imagen y "ante la tolerancia del paciente y la escasa cuantía de líquido en TAC se decide manejo médico y observación. Durante las siguientes horas el paciente permanece con constantes mantenidas". Igualmente, en el informe emitido por los especialistas en Cirugía General a instancias de la compañía aseguradora se constata que la colecistectomía laparoscópica "ha permitido obtener unos resultados óptimos (...), 0,05-1 % de lesión de la vía biliar", si bien una de sus "complicaciones específicas" consiste en "fístula biliar (...) que da lugar a un coleperitoneo", y se recoge que se realizaron "exploraciones de imagen, eco y TAC que demuestran la existencia de líquido libre intraabdominal, compatible con bilis o sangre. Se

decide tratamiento conservador”, sin que merezca reproche a la vista del resultado de las pruebas. Asimismo, el autor de la propuesta de resolución confirma el riesgo de “lesión de la vía biliar (0,05-1 %)” y el de “exitus (0,1-0,5 %)”, destacando que “en cuanto se detectó la complicación (fuga biliar debida probablemente a la lesión de la vía biliar) se pusieron a disposición del paciente todos los medios para tratar de solucionarla, no siendo cierto que se desechara la reintervención; de hecho, el paciente falleció cuando estaba siendo estabilizado para trasladarlo al (Hospital `Y´) al objeto de ser intervenido quirúrgicamente”.

En lo que atañe al consentimiento informado -que se tacha de irregular o incompleto-, hemos de recordar que este Consejo Consultivo viene señalando (entre otros, Dictamen Núm. 26/2017) que “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 el supuesto que nos ocupa es evidente que las carencias del consentimiento informado que se denuncian no guardan relación con el perjuicio resarcible, que se ciñe al daño moral derivado de la pérdida de un familiar; pero, además los propios reclamantes se conducen contradictoriamente cuando aducen que en el documento “solo aparecen las firmas sin dato alguno de información” e invocan, al mismo tiempo, que “es de tener presente lo que el mismo recoge respecto a los riesgos poco frecuentes y graves, que pone de relieve que no se adoptaron las medidas propias cuando hay salida de bilis”, reiterando en el trámite de alegaciones que “la posibilidad de que se produzca una fuga biliar tras la realización de una colecistectomía laparoscópica se encuentra igualmente contemplada en la `hoja de consentimiento informado´ (...) como uno de los riesgos poco frecuentes y graves”. Con ello asumen los interesados que el consentimiento se prestó conociendo el riesgo que, a la postre, se materializa, y así se desprende del

“consentimiento informado para cirugía de urgencias” obrante en la historia clínica y firmado por el paciente, en el que también se constata que “no existe alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad”, lo que igualmente impide a sus allegados anudar a la circunstancia del consentimiento el daño derivado de la pérdida del ser querido.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, pues la atención dispensada se ajustó a la sintomatología que el paciente presentaba en cada momento, y el fatal desenlace es consecuencia de una patología no detectada antes a pesar de haberse aplicado las técnicas exigibles, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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.