

Expediente Núm. 118/2018
Dictamen Núm. 155/2018

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 12 de julio de 2018, 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 3 de mayo de 2018 -registrada de entrada el día 9 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Previa presentación con fecha 9 de junio de 2017 en el Registro General de la Delegación del Gobierno en Galicia, el día 12 de ese mismo mes tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito mediante el que un letrado, actuando en nombre y representación de los interesados, tal y como acredita mediante poder notarial que adjunta, formula

una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento del esposo y padre, respectivamente, de sus representados, que atribuyen a la deficiente asistencia de un cáncer de recto.

Expone que el familiar de los interesados fue diagnosticado "en junio de 2015, en el Hospital "X" de una neo de recto y sometido a tratamiento de radioterapia y quimioterapia coadyuvantes (*wait and see*)". Añade que "ante una recidiva tumoral local se indicó tratamiento quirúrgico y por 'alto riesgo anestésico' el paciente fue remitido al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del (Hospital 'Y')", donde se le intervino el día 19 de julio de 2016, realizándosele una "amputación abdomino-perineal de recto". Tras la cirugía, "la anatomía patológica del material resecado fue informado como: 'resección abdomino-perineal: adenocarcinoma de bajo grado, ulcerado. Sin invasión linfovascular, ni perineural. Bordes libres de lesión'".

Relata a continuación los hitos principales del posoperatorio que siguió a esta primera intervención, cuya evolución califica de "realmente tórpida", refiriendo el resultado de dos TACs realizados al paciente los días 3 y 11 de agosto de 2016. Tras la realización de esta última prueba, ese mismo día, "se decidió tratamiento quirúrgico urgente", realizándose "resección de unos 10 cm de asa deserosada con anastomosis latero-lateral mecánica reforzada". Tras esta segunda intervención, la anatomía patológica del material resecado fue informada como "pieza de resección parcial de intestino delgado (yeyuno-ileon). Segmento de asa de intestino delgado con mínimos cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, congestión vascular y focos de hemorragia en submucosa. Sin evidencias de displasia ni neoplasia invasiva".

La mala evolución del proceso, así como la sospecha de una "fístula intestinal", provocaron que el paciente tuviera que ser sometido, con carácter de urgencia, a una tercera intervención quirúrgica el día 21 de agosto de 2016. En el cuarto día del curso de este nuevo posoperatorio "se aisló *Acinetobacter baumannii* MR", confirmándose la presencia de una "nueva fístula intestinal". Un TAC realizado el 26 de agosto "no mostró signos de dehiscencia de la sutura

intestinal, con mínimo aumento del líquido intestinal y colecciones presaca y perianal sin cambios". En la anotación del día 28 de agosto figura "ahora evolución tórpida, en situación de F.M.O. sin respuestas al tratamiento médico y no candidato a nueva reintervención. Ayer se habló con la familia, Cirugía y Anestesia, del estado irreversible./ Se retiran medidas terapéuticas y es exitus a las 10 h 50'".

Enumera a continuación los motivos en los que fundamenta la reclamación: "el incorrecto manejo posoperatorio del paciente propició un fallecimiento previsible y evitable con una adecuada sujeción a la *lex artis* de la Medicina y Cirugía. En el presente caso se ha producido una múltiple y reiterada vulneración de la *lex artis* enlazada causalmente con la producción del resultado, fallecimiento del paciente, a saber: a) Inadecuado control del posoperatorio inmediato, permitiendo una evolución tórpida durante 15 días, sin tomar medida eficaz alguna./ b) Descubierta la colección presaca, ni se drena ni se realiza ningún gesto de movilización o comprobación de la permeabilidad del drenaje, que no era efectivo./ c) En la reintervención del 11-08-2016, no se encontró la colección presaca, se resecó un asa intestinal de forma injustificada y se realizó una anastomosis en un intestino en malas condiciones, presentando fuga anastomótica./ d) En la siguiente intervención (21-08-16) no se encontró la fístula/deshicencia que evidentemente existía. Continuó la fuga bilioso/intestinal en una situación ya terminal".

Solicita para sus representados una indemnización de cuatrocientos mil euros (400.000 €).

Adjunta a su escrito, además de la escritura de apoderamiento, certificados que acreditan el fallecimiento del familiar de los interesados y el vínculo matrimonial y las relaciones paterno filiales alegados, así como diversos informes médicos.

2. Mediante oficio de 26 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante de

los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio competente, 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 11 de julio de 2017, el Jefe de la Sección del Área Reclamaciones del Área Sanitaria IV, atendiendo a un requerimiento previo del Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, remite para su incorporación al expediente una copia de la historia clínica del paciente.

4. Con fecha 1 de agosto de 2017, el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y" emite informe sobre la reclamación presentada. Refiere que "el paciente fue ingresado el 18-07-2016 para ser sometido a cirugía electiva de carcinoma de recto mediante la realización de una amputación abdomino-perineal. A esta indicación se había llegado tras los oportunos estudios y valoración en la sesión clínica multidisciplinar del 15-06-2016 (...). El 20-06-2016 figura en la historia clínica una anotación (...) que dice: 'hablo con los hijos que deciden intervención asumiendo los riesgos. Doy consentimiento y preparación'./ El día 24-05-2016 había sido valorado en la consulta pre-anestesia y se había calificado como apto ASA IV (escala de la Asociación Americana de Anestesiología, de uso universal, para estimar el riesgo de un paciente frente a la cirugía propuesta. El grado IV incluye pacientes con procesos sistémicos graves e incapacitantes)./ El paciente fue intervenido el día 19-07-2016 (...), realizándose el procedimiento conforme a lo previsto y sin que en la hoja operatoria (...) figure ningún incidente fuera de la lógica dificultad de esta cirugía en un paciente de estas características./ Conviene señalar que desde el posoperatorio inmediato el paciente tiene 45 anotaciones del Servicio de Cirugía en su curso clínico donde, diariamente se valora el estado de su abdomen, de su tránsito intestinal, la función del estoma y los indicadores generales de infección, hemodinámica, etc. En los primeros 14 días de posoperatorio se realizan 16 baterías analíticas de hematología, bioquímica

general, gasometrías, etc. Desde el posoperatorio inmediato el paciente recibe soporte con nutrición parenteral intravenosa./ Ciertamente el paciente presenta un íleo posoperatorio que se prolonga más allá de lo deseable pero esta situación no es en absoluto infrecuente en ancianos pluripatológicos sometidos a gran cirugía. No hay indicadores de complicación intraabdominal, la analítica es aceptable y el día 23-07 (4º día posoperatorio) se había detectado infección de la herida perineal que es un factor contribuyente bien conocido del íleo. El 5º día posoperatorio inicia febrícula y aunque no tiene indicadores analíticos ciertos de infección se decide ante su persistencia explorar la herida perineal el 7º día posoperatorio y se reordenó el tratamiento antibiótico. En los días 28 y 29 de julio (9º y 10º) día posoperatorio, se registra la presencia de gas en la bolsa de colostomía y el paciente hace una toma de líquidos por vía oral, inicialmente con buena tolerancia. La aparente buena progresión clínica se detiene nuevamente y el 01-08 se anota que no hay gas en la colostomía y que no se aprecia peristálsis. Se solicita un TC abdominal./ La exploración se realiza el 03-08 y su informe consta en la historia clínica y se recoge profusamente en el escrito de reclamación aunque conviene reproducir su última conclusión que en su literalidad dice: no se identifican signos de obstrucción intestinal’./ La realización de esta prueba vino a reforzar la tesis hasta entonces mantenida de que el paciente presentaba un íleo ‘adinámico’, es decir, funcional y no relacionado con ninguna causa obstructiva./ Nuevamente, los días 4, 5, 6, 7 de agosto, la colostomía vuelve a tener función para gases e incluso para heces. Se reanuda vía oral y se solicita consulta al Servicio de Rehabilitación pues parece dibujarse un cierto escenario de mejora./ El día 09-08 (20 día de posoperatorio) se anota: ‘afebril. Con medicación y dieta oral excepto el Tazocel... No dolor abdominal ni perianal. No nauseas ni vómitos. Dolor de espalda generalizado... Dice la hija que ayer deambuló un poco con ayuda por la habitación...’./ El día 10-08 el curso clínico no relata cambios revelantes y se pide un nuevo TC de control de las colecciones detectadas en el estudio previo. La nota dice en su literalidad: ‘22 día posoperatorio de AAP (19-07-16). En el

posoperatorio presentó cierto componente de íleo e infección del periné. TAC de control previo: colección presaca de 8 cm, se inicia Tazocel (hoy 7º día). No aguanta nada fuera de la cama, por dolor de espalda, periné bien, sin drenaje alguno. Herida central bien. Incontinencia urinaria (pañales). Colostomía funcionante. Analítica de hoy con Hb 13,3. Resto bien./ Impresión y plan: pido control de TC preferente. Interconsulta a Rehabilitación'./ El TC se realiza el día 11-08. Ese mismo día el paciente tuvo dos vómitos muy abundantes y el TC informó en sus conclusiones de: 'cambios recientes secundarios a amputación abdominalperineal con colostomía en FII./ Mínima disminución de la colección presaca y reabsorción casi completa de la colección perianal./ Suboclusión de intestino delgado secundaria a atrapamiento de un asa de yeyuno en lecho quirúrgico presacro'./ Ante esta información y reevaluado todo el curso seguido por el paciente se decide su reintervención quirúrgica que es practicada por el mismo cirujano que realizó la primera intervención. En la hoja operatoria se recoge expresamente que se libera el asa intestinal afectada y se reseca, y que se explora la pelvis sin encontrar en ella ninguna colección como tal aunque sí una intensa fibrosis./ Esta reintervención no consigue, evidentemente, su objetivo que es normalizar el posoperatorio del paciente y fracasado este intento, se abre todo el proceso que concluye con el éxitus y que no puede considerar extraño ningún profesional de la cirugía, en un paciente de estas características y con los antecedentes recientes que padeció./ El día 27 de agosto, día anterior a su fallecimiento se anota en el curso clínico:/ 'Evolución y Comentarios./ Se informa a familia de situación actual (cirujanos de guardia y servicio de anestesia de guardia) y con los datos clínicos y aportados por pruebas radiológicas previas (ver nota previa resultado de TC)./ Estado hemodinámico del paciente malo, varias intervenciones sin mejoría de situación general del paciente añadiendo la agresión del acto quirúrgico en syi mismo sobre la enfermedad basal del paciente con mala tolerancia./ Situación hemodinámica del paciente con pobre/nula respuesta a tratamiento sin reserva funcional para soportar nueva intervención que por otro lado, no garantiza

aportar nada resolutivo dados los hallazgos del TC. La familia entiende esta información y están conformes./ Entienden situación actual del paciente (dicen (...)) haber sido informados tras la última cirugía por los cirujanos de los hallazgos y de la inviabilidad de plantear una nueva cirugía con carácter resolutivo) pero reclaman no haber tenido más información previamente por lo (que) demuestran su disgusto./ Se les explica el desarrollo del proceso durante su ingreso y reconocen haber sido informados con anterioridad de los riesgos quirúrgicos y vitales del paciente reconociendo haber mantenido durante el ingreso a su padre atendido con las medidas médicas oportunas pero, a su modo de ver, con mala transmisión de la información a los familiares para hacerles partícipes de la gravedad ´´.

Pone fin a este detallado informe el siguiente comentario: “Aunque hemos de lamentar y lamentamos el desenlace de esta historia no puede aceptarse la peritación y los juicios de valor que se hacen en el apartado 10º del escrito de reclamación en ninguno de sus extremos”.

5. El día 5 de febrero de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, tres especialistas en Cirugía General y Digestivo emiten un dictamen médico pericial sobre la reclamación formulada, concluyendo que “1. Se trataba de un paciente de 80 años (...), diagnosticado de una neoplasia de recto a escasos centímetros de margen anal en el (hospital `X´). En base a la pluripatología (...) y la alta posibilidad de complicaciones, se consideró en la consulta preanestésica que debía ser trasladado para su tratamiento a un hospital de mayor nivel, motivo por el cual se traslada al (Hospital `Y´)./ 2. Entre los antecedentes de gravedad que presentaba el paciente, aparte de la edad, estaba el haberse sometido 3 meses antes a una cirugía cardiaca con sustitución valvular aórtica y padecer además una EPOC, un síndrome de apnea del sueño, una resección transuretral (RTU), y una resección trigono-cérvico prostática. Motivo por el que fue etiquetado de ASA IV/V en la escala de valoración de riesgo perioperatorio./ 3. De acuerdo con lo anterior fue valorado en sesión clínica multidisciplinar por

varios especialistas que concluyeron que lo mejor sería realizar tratamiento neoadyuvante con RT y posteriormente nueva evaluación de la enfermedad./ 4. Antes de la cirugía el paciente firmó los documentos de CI para anestesia y cirugía de resección de recto. En éste se describen algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre las que se encuentran las que posteriormente presentó el paciente. Se refleja así mismo, la posibilidad de reintervención y la posibilidad de que existe un mínimo riesgo de mortalidad. De acuerdo con las anotaciones de la Hª clínica no solo el paciente firmó el documento de CI sino que se informó a los familiares que deciden la intervención asumiendo los riesgos./. 5. Fue intervenido el 19-06-16, realizándose una AAP con colostomía terminal en FII. No se describen complicaciones en la hoja de protocolo de la intervención. La AP confirma la idoneidad de la intervención./ 6. En el posoperatorio presentó un íleo paralítico prolongado tratado de manera conservadora. Esta situación es más frecuente en las intervenciones de recto con AAP, tal como se describe en la literatura. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se solicita un TAC de comprobación a los 12 días aproximadamente en el que se confirma el diagnóstico de íleo paralítico, se descarta la existencia de una obstrucción intestinal en ese momento./ 7. Unas 3 semanas más tarde de la cirugía, el paciente presenta un episodio de vómitos abundante, motivo por el cual se solicita una nueva exploración mediante TAC en la que sí se observan indicios de obstrucción intestinal. Es intervenido de urgencia apreciándose intraoperatoriamente la existencia de un asa de intestino delgado atrapada por adherencias firmes a nivel presacro. En las maniobras de rescate del asa se aprecian deserosamientos, motivo por el cual se realizó una resección intestinal. La decisión es correcta./ 8. Posteriormente presenta un posoperatorio tórpido con difícil diagnóstico en las pruebas de imagen que condiciona una nueva exploración del abdomen en la que se comprueba que no existía dehiscencia anastomótica alguna. La evolución fue hacia un FMO refractario al tratamiento influida por las pluripatologías graves que presentaba el paciente y que

determinaron el exitus./ 9. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir que tanto los profesionales del (hospital `Y´) como los del (Hospital `X´) que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*".

6. Mediante escrito notificado al representante de los interesados el 1 de marzo de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 21 de marzo de 2018 tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones, mediante el cual el representante de los interesados, "tras la remisión y examen del historial clínico" del fallecido, manifiesta que "nos afirmamos y ratificamos íntegramente el contenido de nuestro escrito de reclamación". Y anuncian "la aportación de un informe Médico-Pericial elaborado por un médico especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo con especial práctica y dedicación a la coloproctología, en trámite de elaboración".

7. Con fecha 24 de abril de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que "la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Se trataba de un paciente pluripatológico y con un alto riesgo quirúrgico (ASA IV). Se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para solucionar las complicaciones según se iban presentando. La pluripatología que presentaba contribuyó al fatal desenlace (fallo multiorgánico). Paciente frágil (ASA IV)".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de mayo de 2018, 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.

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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 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 9 de junio de 2017, habiendo tenido lugar el hecho causante (el fallecimiento del paciente) el día 28 de agosto 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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 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 Ley.

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 "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

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

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

SEXTA.- Los interesados solicitan una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a un funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación obrante en el expediente resulta acreditado el óbito por el que se reclama, por lo que hemos de presumir el daño moral que ello supone para los interesados, dejando al margen la cuestión relativa a cuál deba ser su valoración económica, lo que solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos necesarios para hacer surgir la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

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

Por tanto, para poder 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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

A los expresados efectos, en el presente supuesto nos encontramos con que los interesados, tras un relato pormenorizado del proceso clínico del pariente desde que el día 19 de julio de 2016 fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital "Y" para abordar un "carcinoma de recto" diagnosticado en junio de 2015, se limitan a atribuir su fallecimiento, el 28 de agosto siguiente, a lo que califican como un "incorrecto manejo posoperatorio", con una "múltiple y reiterada vulneración de la *lex artis*".

Planteada la reclamación en los términos expresados, lo primero que hemos de notar es que los interesados, pese a haberlo anunciado en el escrito de alegaciones, no han aportado ningún documento ni informe pericial que dé un mínimo soporte científico al cuestionamiento que hacen con respecto a la asistencia prestada a su familiar.

Frente a lo anterior, el dictamen médico incorporado por la compañía aseguradora de la Administración, elaborado por tres especialistas en Cirugía General y Digestivo -único documento pericial puesto a disposición de este Consejo Consultivo y sobre el cual debe formar su juicio-, tras analizar la historia clínica que documenta el proceso asistencial cuestionado y el detallado informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital "Y",

resulta concluyente al afirmar que la atención prestada al perjudicado a lo largo de este episodio por parte del servicio sanitario público fue en todo momento acorde con la *lex artis*. Especial hincapié hacen estos peritos en sus conclusiones en el delicado estado de salud que presentaba el paciente al inicio del proceso que ahora cuestionan sus familiares, cuando se hizo preciso someterle a una intervención quirúrgica para abordar el “carcinoma de recto” que le había sido diagnosticado un año antes: 80 años de edad; antecedentes de “sustitución valvular aórtica”; “EPOC”; “resección transuretral”; “resección trigono-cérvico prostática”. El estado del paciente en aquel momento, tras la evaluación y ponderación de los riesgos anestésicos que se efectúa antes de proceder a la cirugía, se calificó con arreglo a la escala de valoración aceptada internacionalmente de “ASA IV/V”. Tal estado implicaba afrontar con el acto quirúrgico una serie de riesgos -la necesidad de reintervenciones, la posibilidad de graves complicaciones posoperatorias e incluso la contingencia de la misma muerte del enfermo, como desgraciadamente sucedió-, y como tales aparecen enunciados y asumidos en los documentos de consentimiento informado firmados por el propio paciente, y de los que sus familiares fueron concedores.

De todo lo anterior tomaron conocimiento los ahora reclamantes en la fase de vista de expediente previa a la elaboración de la propuesta de resolución, y su única aportación al respecto en la fase de alegaciones subsiguiente consistió, sobre reafirmarse en su reclamación inicial, en el anuncio de que aportarían “un informe Médico-Pericial elaborado por un médico especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo con especial práctica y dedicación a la colo-protología, en trámite de elaboración”; aportación que no se materializó al momento presente.

Constatada de esta forma la absoluta carencia de elemento probatorio en orden al establecimiento del imprescindible nexo causal entre el fallecimiento del paciente y el funcionamiento del servicio público sanitario, y que rebata la conclusión que alcanzan los informes que obran en el expediente acerca de la

adecuación a la *lex artis* de la actuación médica, la reclamación debe ser desestimada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.