

Expediente Núm. 65/2018  
Dictamen Núm. 170/2018

**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 26 de julio 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 7 de marzo de 2018 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados del fallecimiento de su hijo que atribuyen al incorrecto tratamiento de una colitis ulcerosa por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 17 de mayo de 2017, los perjudicados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su hijo que imputan al erróneo tratamiento de una enfermedad inflamatoria intestinal.

Señalan que su hijo padecía “una pancolitis ulcerosa diagnosticada a los siete años de edad”, y que “debido a una colangitis esclerosante fue sometido a un trasplante hepático el 16 de febrero de 2009” en el Hospital ....., tras el cual

“se produjo un hematoma intraperitoneal que se infectó” precisando “drenaje quirúrgico” y “dilataciones en la vía biliar”. Según refieren, “en uno de los ensanchamientos de la vía biliar se encuentran con una masa de unos 13 centímetros” que “parece ser que se debió a la retirada de los drenajes antes de tiempo”.

Indican que en el año 2012 “los controles periódicos con colonoscopias califican la inicial pancolitis ulcerosa de colitis ulcerosa severa./ Las revisiones periódicas son a cargo del equipo de trasplantes (...). En ese seguimiento periódico lo único que se hace es cambiar el tratamiento de inmunosupresores”. En 2015 “su estado se deteriora más acusadamente, así:/ En abril la ecografía abdominal informa de un `llamativo engrosamiento de paredes de colon´; el TC indica un `importante edema de colon transverso, descendente, sigma y recto´./ En agosto la colonoscopia mostraba en recto -sigma a unos 20 cm del margen anal- mucosa con gran úlcera circunferencial de unos 10 cm con áreas necróticas que se biopsian de 30 a 35 cm con mucosa muy edematosa y eritematosa y de 35 a 45 cm de mucosa con gran lesión ulcerada que ocupa toda la circunferencia de aspecto necrótico. El estudio anatomopatológico de las biopsias recogidas indica la presencia de fenómenos erosivos y reparativos que cursan con necrosis sin evidencia de neoplasia./ En septiembre en (un centro privado) le realizan una nueva colonoscopia demostrando una rectitis ulcerosa grave con amplias zonas necróticas y estenosis en la unión recto-sigmoidea./ En otra colonoscopia de diciembre se presenta estenosis ulcerada con colon sigmoideo sin signos anatomopatológicos de malignidad./ En el (Hospital .....) le programan para cirugía de colon (colectomía) poniéndole en lista preferente para ser intervenido; transcurrido un mes sin tener noticias sobre la intervención preguntamos cuándo le van a intervenir, siendo la respuesta de la enfermera que estaba fuera de la lista preferente quirúrgica”, y reseñan que “tras varias consultas volvieron a incluirle en dicha lista./ En noviembre le realizan cirugía abdominal mediante laparotomía con el fin de extirparle el colon afectado (colectomía), pero esta intervención no llega a finalizarse al encontrarse -según el cirujano- múltiples adherencias con el intestino delgado, lo que hizo que `abrieran y cerraran´ sin solucionar el problema./ Hubo un desacuerdo con la Unidad de Enfermedades Infecciosas y se decidió que

cuando nuestro hijo se recuperase de este proceso se remitiría a otro centro con más experiencia para que fuera intervenido”.

Manifiestan que “ante la inoperancia mostrada por los médicos del (Hospital .....)” realizaron una consulta en un centro privado, en el que ingresa su hijo en un estado de “desnutrición, deshidratado, con coloración subictérica de la piel, atrofas musculares, abdomen distendido y doloroso, con probable existencia de ascitis”. Señalan que el facultativo que le atiende en dicha clínica les “comunica que el mal estado general se debe a la afectación del colon izquierdo, que dado el tiempo transcurrido de esta patología inflamatoria crónica por su colitis ulcerosa podría estar degenerando en un proceso maligno tipo adenocarcinoma. Igualmente, nos comunica que nuestro hijo precisa con urgencia `una cirugía de pancolectomía, con ileostomía terminal de descarga, que con muchas posibilidades sería temporal, realizando posteriormente una anastomosis ileo-anal´; cirugía que en ese momento no puede llevarse a cabo ante el estado de deterioro de nuestro hijo./ Se aconseja realizar esta cirugía pasadas 3-4 semanas y se mantiene con nutrición parenteral para mejorar el estado físico, su función renal y su estado hepático”, siendo intervenido “en marzo de 2016 (...), encontrándose con una peritonitis plástica que dificulta la identificación de la superficie peritoneal” y “en el canal parietocólico izquierdo una destrucción masiva de colon descendente sigmoideo y unión recto sigmoidea, procediendo a extirpar colon descendente, flexura esplénica de colon transversal y sigma hasta tercio superior de recto (...), evolucionando favorablemente”.

Significan que “el estudio del colon extirpado demostró la existencia de un linfoma B difuso de células grandes”, y que “en abril fue trasladado al (Hospital .....) con incisión quirúrgica en buen estado, colostomía funcionante y dieta blanda./ No obstante, la evolución (...) no es favorable, mostrando varias colecciones localizadas”. En mayo se aíslan en el líquido peritoneal “las bacterias *Klebsiella pneumoniae* y *Citrobacter freundii*”, siendo el “pronóstico (...) muy malo, sufre peritonitis con varias colecciones intraabdominales que no evolucionan bien con el tratamiento médico. Se descarta la intervención quirúrgica y se pautan medidas paliativas, entrando en cuadro de shock séptico

con insuficiencia respiratoria en sepsis abdominal que ocasiona el fallecimiento el 19 de mayo de 2016”.

Afirman que “resulta cuando menos chocante cómo es posible que una enfermedad diagnosticada desde la infancia, con su controles periódicos en los que se ve la evolución de la misma, haya sido tratada con tanta pasividad, y cabe preguntarse por qué una vez que se constata que los tratamientos con medicamentos no son efectivos se demora tanto la decisión de intervenir quirúrgicamente./ Por otra parte, las revisiones periódicas siempre se llevaron a cabo por el equipo de trasplante, excepto en el caso de la laparotomía fallida realizada en noviembre de 2015, cuando lo correcto era que en ese momento en la intervención estuviera presente personal del equipo de trasplante./ Igualmente debió prestarse la debida atención a la colitis ulcerosa ya en el momento de ser diagnosticada, planteando en ese momento la cirugía y no esperar tres años con la consiguiente evolución de la misma./ Esta actitud ocasiona una pérdida de oportunidad para el paciente en el tratamiento de la colitis ulcerosa./ Responsabilidad de los equipos médicos que lo trataron durante todos estos años (equipo de trasplante y de Digestivo)./ Asimismo, cabe apreciar una total falta de pericia en el cirujano que cuando ya en el año 2015 se decide realizar la cirugía se limita a “abrir y cerrar” al encontrarse, según su informe, con unas fibrosis, con adherencias que no pudo disecar. Adherencias que no parecieron ser tales a la vista del informe del (...) encargado de llevar a cabo la cirugía en (el centro privado) el 29 de marzo de 2016, encontrando solo una adherencia retroesplénica que diseca sin mayor dificultad (...). Responsabilidad del médico que lo intervino, al haber sido incapaz de disecar las adherencias y haberse limitado a ‘cerrar’ sin más, sin dar opción a que otro cirujano más capacitado pudiera acabar el trabajo con mejor pericia./ Respecto al tratamiento seguido en los abscesos abdominales con infección bacteriana por *Klebsiella pneumoniae*, se ha hecho un drenaje insuficiente, lo que llevó a una evolución desfavorable hasta llegar al cuadro de shock séptico y fallo multiorgánico que ocasionó el fallecimiento./ Responsabilidad del equipo médico al no adoptar los medios necesarios para atajar esos abscesos./ Responsabilidad del (Hospital .....) por haber contraído la infección por dicha bacteria”.

Solicitan una indemnización de ciento cuarenta mil ochocientos euros (140.800 €) y adjuntan copia de “todos los informes médicos del (Hospital .....) (desde el año 2009)” y de los doctores que lo atendieron en las clínicas privadas hasta 2016, “donde se ve claramente la evolución de la enfermedad, así como los tratamientos e intervenciones a los que fue sometido el paciente”.

**2.** Mediante oficio de 23 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas advierte a los reclamantes que el escrito de solicitud presentado “carece de firma” y les requiere para que remitan “dicho documento firmado” en el plazo de diez días, con la advertencia de que de no subsanarse el defecto se les tendrá por desistidos de su petición.

Asimismo solicita la acreditación en el mismo plazo del “parentesco con el perjudicado por cualquier medio válido en derecho”.

**3.** El 7 de junio de 2017, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias el escrito de reclamación debidamente firmado y acompañan una copia del Libro de Familia.

**4.** Mediante oficio de 26 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica 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.

**5.** Con fecha 28 de junio de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia, así como un informe del servicio interviniente (Cirugía General) sobre el concreto contenido de la reclamación.

**6.** El día 4 de julio de 2017, 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, y el día 27 del mismo mes le envía los informes

librados por el Responsable de la Unidad de Trasplante Hepático, del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo y Trasplante Hepático y de la Coordinadora de la Sección de Cirugía Colorrectal del Hospital .....

En el informe elaborado por el Responsable de la Unidad de Trasplante Hepático, sin fecha ni firma, se indica que "el trasplante hepático fue realizado (...) en la noche del 15 al 16 de febrero de 2009", que se "solicitó mi colaboración por tratarse de un caso difícil (...). Los hematomas eran conocidos desde el día siguiente a la intervención (...). Los drenajes se retiraron por indicación de Cirugía (...). En ninguno de los drenajes se obtenía líquido que no fuera serohemático, por lo que se fueron retirando a su debido tiempo./ Posteriormente el hematoma sufrió una sobreinfección, lo que dio lugar a la reintervención (...) a los 21 días de la intervención de trasplante./ Tanto la formación de hematomas como la infección intraabdominal son complicaciones que pueden ocurrir en cualquier intervención de cirugía abdominal (...). El riesgo de ambas complicaciones está reflejado en el consentimiento informado para la cirugía que el paciente firmó (...). La presencia de hematomas intraperitoneales en el posoperatorio de una cirugía no requiere tratamiento quirúrgico ni mantener unos drenajes que no están evacuándolo. Al estar el hematoma organizado no debe de actuarse sobre él salvo complicaciones, ya que eso aumentaría el riesgo. No retirar drenajes a tiempo puede ser causa de sobreinfección./ Cuando a pesar de la profilaxis antibiótica se produjo infección abdominal se procedió al drenaje quirúrgico (...) previo consentimiento informado del paciente. El cultivo mostró infección (...) que fue tratada y resuelta con antibioterapia específica". Respecto al tratamiento de la colitis ulcerosa, señala que cuando "requirió cirugía se consultó con los cirujanos colorrectales, ya que son los expertos en este campo. En la intervención estaban dos cirujanas colorrectales, una de ellas miembro además del equipo de trasplante hepático./ Al iniciarse la cirugía colorrectal se constató un importante riesgo de la intervención, se consideró que debía descartarse en el momento, ya que no se consideraba vital y el riesgo sí lo era./ De hecho, la resección del colon que se realizó en Madrid se hizo sin un diagnóstico previo de cáncer. Las biopsias realizadas en las colonoscopias programadas habían sido siempre negativas. No pudo realizarse la extirpación completa del colon y

el paciente acabó falleciendo por complicaciones infecciosas de la cirugía. El paciente fue finalmente diagnosticado de linfoma B difuso, un tipo de neoplasia secundario al tratamiento inmunosupresor no relacionado con su colitis ulcerosa. Si bien la resección quirúrgica puede ayudar a su tratamiento, se trata de un cáncer linfático generalizado que requiere tratamiento médico./ En cuanto al riesgo de la cirugía por las adherencias, el informe de la intervención (...) de 29 de marzo de 2016 así lo refleja: `Intensa peritonitis plástica que dificulta la identificación de la superficie peritoneal, la cual ha desaparecido en su práctica totalidad, quedando vestigios de la misma en ambos flancos (...)´. La peritonitis plástica con desaparición de la cavidad (superficie) peritoneal es el estado máximo de adherencias que se puede dar. Las asas intestinales están pegadas entre sí a otras vísceras y a la pared abdominal por tejido fibroso./ Las colecciones posquirúrgicas infectadas se trataron con antibióticos de amplio espectro y de acuerdo a los cultivos y antibiogramas. En esos momentos el estado general del paciente ya estaba muy deteriorado. De acuerdo con Cirugía, se indicó y realizó drenaje percutáneo guiado por TAC, que es el tratamiento intervencionista adecuado en primera opción. Dada su mala evolución, se descartó tratamiento quirúrgico abierto de las infecciones, dado que solo era esperable que agravara su situación sin un beneficio real”.

En el informe del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo y de la Unidad de Trasplante Hepático, también sin fecha ni firma, se expresa que “desde el trasplante hepático (...) se realizan colonoscopias anuales, como indican los protocolos en pacientes trasplantados por CEP con EII:/ Colonoscopia pretrasplante (14-01-2009)./ Colonoscopias postrasplante: 14-04-2010, 05-04-2011, 26-07-2012 (en 2013 el paciente no acudió a la revisión del trasplante hepático de junio ni a la colonoscopia que tenía citada)./ Colonoscopia el 08-08-2014: mal preparado, no valorable (ya presentaba preparación deficiente en la del 2012)./ Colonoscopia 13-04-2015: estenosis ulcerada en colon sigmoideas (AP: necrosis e inflamación). Es visto en la consulta de EII el 13-05-2015 (...), donde le plantean tratamiento quirúrgico dado el riesgo de cáncer, que el paciente desestima./ Desde el trasplante el paciente tenía prescrito para su EII el tratamiento inmunosupresor para el trasplante hepático + corticoides + mesalazinas./ Durante todo el seguimiento

en consultas de Trasplante Hepático (...) siempre refirió que se encontraba `totalmente asintomático y muy bien´, incluido en la revisión del 19-08-2014, por lo que no estaba indicado cambiar el tratamiento que tenía pautado para la EII”.

Por su parte, la Coordinadora de la Sección de Cirugía Colorrectal del Hospital ..... emite informe, sin fecha, en el que consta que “la cirugía a la que se hace referencia (...), practicada en el (Hospital .....) en noviembre de 2015, tenía como objetivo realizar a este paciente una colectomía total por pancolitis ulcerosa severa con estenosis rectosigmoidea y sin evidencia de malignidad. Tras practicar una laparotomía (...) se desestimó continuar avanzando en la cirugía porque la disección del colon era inviable sin causar una enorme morbilidad al paciente, ya que como bien describe el (doctor que practicó la cirugía en la sanidad privada) existe una peritonitis plástica que impide la identificación del colon sin lesionar asas de delgado. Se asume además que va a ser imposible la resección de todo el colon como estaba previsto debido al bloqueo adherencial. En la cirugía que se describe en Madrid no se realiza una colectomía total, solamente se quita el colon izdo. y se saca una colostomía y no una ileostomía como estaba previsto, suponemos que por dificultades técnicas a las que no se hace referencia en el informe. El curso posoperatorio de la cirugía realizada en Madrid es tórpido, pese a que es dado de alta en dicho hospital, precisando ingreso en el (Hospital .....) con múltiples colecciones intraabdominales que causan un cuadro séptico que acaba causando el fallecimiento del enfermo. La decisión de no realizar la colectomía en Oviedo se tomó precisamente en base a las previsibles complicaciones que iban a provocar un fatal desenlace./ La decisión de no continuar con la cirugía fue tomada por la (...) (Médica Adjunta de la Sección de Cirugía Colorectal) y la (...) (actual Coordinadora de dicha Sección y Board Europeo de Coloproctología) presentes en dicha intervención y con amplia experiencia en cirugía colorectal. Ante lo anómalo del caso (es excepcional encontrar un abdomen tan bloqueado que haga desistir de continuar con la intervención) se avisó al Coordinador de la Sección (...) que pudo comprobar la inabordabilidad del abdomen, y estuvo de acuerdo en la decisión tomada de no continuar con la resección del colon por el riesgo que iba a implicar al paciente./ Si no hubiésemos sido prudentes

podríamos haber quitado un trozo de colon, que es lo que hizo el (doctor que practicó la cirugía en el centro privado), pero no consideramos que eso pudiera curar al enfermo y sí acortarle la vida como finalmente sucedió. Si la cirugía realizada en Madrid hubiese sido un éxito deberíamos asumir que no hicimos lo correcto, pero a la vista del desenlace creo que queda patente que la cirugía no curó al enfermo, sino que precipitó su fallecimiento./ Por otra parte, en relación a que demandan la presencia en esta cirugía del equipo de trasplante, la (doctora que identifica y que participó en el procedimiento quirúrgico abortado) pertenece también al equipo de trasplante del hospital, y en este caso la patología quirúrgica no era del ámbito del cirujano hepatobiliar, sino del cirujano colorrectal, por lo que fue la Unidad de Colon la que asumió la intervención./ Lamentamos que no haya habido solución para este paciente, pero a veces la medicina y la cirugía no pueden curarlo todo, como se demuestra en este triste caso”.

**7.** Con fecha 1 de noviembre de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él concluyen que “el paciente presentaba 2 patologías muy graves, como eran una EII diagnosticada y tratada desde 2003 y una colangitis biliar primaria que hizo necesaria la realización de una THO con la correspondiente toma de medicación inmunosupresora de por vida. Los pacientes inmunodeprimidos toleran y reconocen a los órganos trasplantados, pero hay un aumento muy significativo de neoplasias en base a la medicación que toman (...). En el seguimiento por Digestivo se apreció en 2015 una estenosis ulcerada en la unión rectosigmoidea con sospecha de neoplasia; sin embargo, ninguna de las biopsias realizadas fue positiva para neoplasia. Se propone cirugía ante la posibilidad de transformación en carcinoma, que el paciente rechaza, y se decide seguir con tratamiento médico de su EII (...). En septiembre de 2015 realiza una consulta para una segunda opinión en (un centro privado) (...). Se realizan colonoscopia y biopsias que nuevamente fueron negativas para malignidad (...). Posteriormente, ante la progresión de la enfermedad, se decide en el (Hospital ..... ) la realización de una pancolectomía; es decir extirpar el colon, que estaba afectado por la EII. A pesar de realizar la

intervención cirujanos expertos en cirugía colorrectal no pueden llevar a cabo la intervención ante la presencia de una peritonitis plástica por adherencias. La decisión de abortar la cirugía ante el riesgo que presentaba (...) fue correcta y prudente (...). El paciente ingresa unos meses más tarde en (otro centro privado) en donde se realiza una cirugía que no era la primitivamente indicada, pero que en base a la peritonitis plástica no se puede realizar en su totalidad. Se extirpa el colon izquierdo, pero no en una sola pieza (...). La (Anatomía Patológica) nos muestra que se trataba de una neoplasia tipo linfoma B de células grandes (...). Es trasladado al (Hospital .....) unos días después de la cirugía en situación de caquexia e ictericia cutaneomucosa. A su llegada se realizan estudios de imagen en los que se aprecia la existencia de abscesos intraabdominales, así como una dehiscencia del muñón rectal y trombosis de la vena porta. La evolución fue hacia un shock séptico seguido de FMO refractario al tratamiento que desembocó en exitus unas 3 semanas más tarde aproximadamente. Todas estas complicaciones están en relación directa con la cirugía practicada (...). De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente en el (Hospital .....) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis ad hoc*".

**8.** Al expediente se incorpora, a continuación, el informe suscrito por un letrado el día 16 de enero de 2018 a instancias de la compañía aseguradora en el que se afirma que "si bien la parte reclamante establece (sin un apoyo probatorio que lo avale) que el fallecimiento del paciente tuvo lugar como consecuencia de la actuación del (Servicio de Salud del Principado de Asturias), lo cierto es que los informes obrantes en el expediente administrativo, así como el informe pericial emitido a instancias de la (compañía aseguradora), elaborado por especialistas en Cirugía General y Digestivo, establecen que dicho fallecimiento está íntimamente relacionado con las complicaciones que el paciente sufrió tras su intervención en (una clínica privada)".

Por otra parte, y respecto al plazo de prescripción, indica que "si bien es cierto que en este caso se reclama por el fallecimiento del paciente, y que habitualmente viene siendo este hecho el que se considera como *dies a quo*", en este caso "han transcurrido casi dos años" desde que se adoptó "la decisión

(...) por la que se imputa al servicio asturiano de salud responsabilidad (suspensión de la cirugía)” y la presentación de la reclamación, por lo que la acción estaría “prescrita”.

**9.** Mediante escrito notificado a los interesados el 29 de enero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

**10.** El 1 de febrero de 2018 se da vista del expediente a uno de los interesados, a quien se le entrega una copia de los documentos obrantes en él.

Ese mismo día, confieren poder *apud acta* a favor de una letrada para que actúe en su representación.

**11.** Con fecha 16 de febrero de 2018, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que los reclamantes afirman ratificarse en su escrito inicial, en la medida en que -según señalan- ninguno de los informes recabados durante la instrucción del procedimiento “determina con claridad el motivo por el que nuestro hijo, una persona joven, tratada desde los siete años de edad por una fisura anal, trasplantado, con sus controles periódicos, acaba falleciendo por una infección generalizada que atribuyen a la operación realizada en la clínica de Madrid, obviando su responsabilidad en este caso./ Basta ver los diferentes informes médicos aportados a lo largo de todos estos años para ver cosas que `no encajan´, dicho en términos de defensa y desde el desconocimiento médico, pero que por sentido común, no ya como padres, sino por haber seguido y vivido día a día todos estos años la evolución de la enfermedad, nos permiten realizar las siguientes afirmaciones y plantearnos dudas razonables que en los recientes informes emitidos no ofrecen explicación”. Así, ponen de relieve que la doctora del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo y de la Unidad de Trasplante Hepático que informa señala que “el paciente `siempre se encontraba totalmente asintomático y muy bien´, por lo que no estaba indicado cambiar el tratamiento (...). Sin embargo, no hay más que ver los informes médicos para comprobar el progresivo deterioro del paciente, con alarmante

pérdida de peso, astenia, cuadros suboclusivos (...). Se mantiene más o menos la misma medicación hasta que se detecta que la Amikacina provocaba un aumento de eosinofilia después de estar tomándola durante mucho tiempo (folio 121); aumento que en nada beneficiaba a mejorar el estado físico (...). Se perciben dudas y discrepancias entre los equipos médicos, hasta el punto de tener que celebrar una reunión con el Comité de Ética./ Ejemplos de estas discrepancias se pueden ver en que el informe firmado por el doctor (que cita) dice que en las bolsas de drenaje se observa un líquido fecaloideo y no purulento como se pensaba; cosa que le parece extraña, y ante la sospecha de la existencia de fístula solicita una fistulografía (folio 166)./ No se ven trayectos fistulares y sin embargo tiene dos bolsas de drenaje que corresponden a fístulas (folio 174). El resultado de la fistulografía es negativo (folio 184) y sin embargo en el folio 185 se dice que `también parece que se confirman fístulas enterocutáneas´ (...). Tampoco se sabe si la obstrucción intestinal es por linfoma o fecaloma (folio 184) y se detecta en las colecciones intestinales la bacteria *Klebsiella pneumoniae*; a pesar de que se pide su ingreso en la UCI, se mantiene en planta con medicación, y solo cuando se ve que su estado empeora aún más se decide llevarlo a la UCI (13-05-16), cuando ya en informe de fecha 01-05-16 se indicaba que ante cualquier inestabilidad o deterioro de la función renal debían avisar a la UCI y en fecha 03-05-16 el informe médico refería riñones edematosos (folio 165) (...). No se explica que con una dieta de 2.500 calorías y con buen apetito de repente le hagan seguir una dieta absoluta. Incluso en uno de los informes el (doctor que identifica) se sorprende de la buena evolución posoperatoria (folio 180) (...). Los últimos informes aportados por los responsables de las unidades médicas que trataron a nuestro hijo concluyen (...) que el fallecimiento fue consecuencia de la operación realizada en Madrid. Operación llevada a cabo por uno de los mejores, si no el mejor, especialista en la materia, que solo permitió el traslado del paciente cuando vio que este no corría riesgo (...). Llegó al (Hospital .....) y ahí fue donde no se supo atajar la infección bacteriana, lo que derivó en fallo multiorgánico”.

Respecto a la prescripción de “la acción para reclamar por pérdida de oportunidad terapéutica, no olvidemos que estamos ante un caso de daño

continuado, con un paciente tratado durante muchos años; por tanto, el inicio del cómputo debe hacerse desde el quebranto total”.

Al escrito adjuntan un artículo de prensa y una referencia en Wikipedia relativa al cirujano que practicó la intervención en la clínica privada, junto con el informe pericial librado por un especialista en Medicina Legal y Forense con fecha 27 de marzo de 2017. En este último se establecen las siguientes consideraciones médico-legales: “La colitis ulcerosa del paciente tuvo una evolución de 22 años, tratándola médicamente y siendo controlada con estudios por colonoscopia hasta el año 2012; es decir, hasta cuatro años antes del fallecimiento, en que ya diagnostican este proceso de colitis ulcerosa severa complicada con úlceras necróticas y estenosis (...). En este momento debieron plantearse un tratamiento quirúrgico que, como nos indica la literatura médica, y en concreto Medline Plus, Institutos Nacionales de la Salud/Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, que se aporta al final de este informe, `la cura solo es posible a través de la extirpación de todo el intestino grueso´ o con un acto quirúrgico de colectomía parcial, como le realizó el (doctor que lo operó en la clínica privada), extirpando la parte más afectada del colon con úlceras necróticas o estenosis (...). La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria del intestino grueso y el recto (...). El tratamiento en un principio es médico, y cuando aparecen complicaciones se debe recurrir a la cirugía para extirpar el colon y eliminar la posibilidad de degeneración en cáncer de colon (...). En el caso que nos ocupa se va a producir un retraso de tres años hasta que se plantean realizar cirugía de colectomía, cuando existían úlceras necróticas de gran calibre diagnosticadas por colonoscopia y con biopsias aún negativas de malignidad. Este retraso va a influir en el mal estado general del paciente, en su deterioro progresivo y, en definitiva, se considera como una falta de oportunidad terapéutica en el tratamiento de dicha colitis ulcerosa; máxime teniendo en cuenta la patología hepática que padecía (...). Cuando por fin planifican el acto quirúrgico y proceden a realizar la cirugía a fecha 27 de septiembre de 2015 (...), resulta que el cirujano que interviene no es capaz de continuar la cirugía (...) debido a que se encontró con unas fibrosis con adherencias que no pudo disecar. Desde el punto de vista pericial ello supone un error quirúrgico que no se entiende que suceda en un gran Servicio de

Cirugía General/Digestivo de un hospital universitario (...). Lo que debió de hacer el cirujano en ese momento es llamar a otros cirujanos del Servicio que tuvieran más experiencia o pericia (...), y no limitarse a no continuar la cirugía y cerrar la incisión quirúrgica (...), o si se consideraba que no se tenían los medios o la pericia suficiente para llevar a cabo esta cirugía en este Servicio debieron de remitir al paciente a un centro de referencia nacional o con cirujanos más expertos en el arte de esta cirugía (...). Por otra parte, esa multitud de adherencias por fibrosis que mencionan en este acto quirúrgico del 27 de noviembre de 2015 no son de la magnitud que afirman, y ello se deduce pericialmente al revisar la descripción (...) de la cirugía que llevó a cabo” el doctor que se señala “el 29 de marzo de 2016, encontrando tan solo una adherencia restroesplénica que disecciona sin ninguna dificultad y otras áreas intestinales que refiere haberse encontrado libres de ninguna adherencia (...). Es lógico el desánimo de los padres, y que de acuerdo con los médicos del (Hospital .....) solicitaran otra opinión médica y se trasladaran a Madrid (...). Esta cirugía se la realizaron el 29 de marzo de 2016 extirpando todo el colon que se encontraba afectado de úlceras y de estenosis, evolucionando favorablemente. Precisó ingreso en UCI los días posteriores para recuperar un distrés respiratorio sin infección sistémica, remitiéndolo a fecha 24 de abril de 2016 a su hospital de referencia en Oviedo (...). A estas alturas la situación ya era más compleja y delicada para el paciente, ya que el resultado de la Anatomía Patológica dio malignidad, y en concreto un linfoma B difuso de células grandes. Pericialmente manifestar que hasta esta fecha la Anatomía Patológica nunca mostró malignidad (...). La causa no es otra que el tiempo perdido de estos más de tres años en realizar la cirugía que se debió de realizar en aquel momento (...). A los siete días de su ingreso en el (Hospital .....), es decir, el 29 de abril de 2016, le diagnostican mediante TAC de dos grandes abscesos con cultivo positivo en líquido peritoneal para *Klebsiella pneumoniae* y *Citrobacter freundii* que, por no ser drenado en su totalidad con eficacia y rapidez, va a acabar con la vida (del paciente) (...). Los intentos que realizan en el (Hospital .....) para drenar estos abscesos son insuficientes, ya que, tal como consta en el evolutivo del paciente, todos los drenajes son de escaso débito (...). En días sucesivos, ya en el mes de mayo, el deterioro (...) va a ser

progresivo con un mal pronóstico, apareciendo peritonitis por no evacuación de estas colecciones intraabdominales, con un estado general muy malo que no aconsejaba ya la cirugía, entrando en un cuadro de shock séptico con fallo multiorgánico que va a causar el fallecimiento del paciente el 19 de mayo de 2016 (...). La guía clínica GETECCU (Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa or Spanish Group for Working on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis) del año 2012 hace referencia a que cuando las alternativas médicas son inexistentes no cabe duda alguna de que la cirugía (colectomía) es muy eficaz para el tratamiento de la colitis ulcerosa". Adjunta un documento en el que se contiene información de carácter general relativa a la colitis ulcerosa, extraído de la dirección [medlineplus.gov/spanish/ency/article/000250.htm](http://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000250.htm).

**12.** El día 26 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas propone "desestimar la reclamación". Señala que la misma "podría considerarse extemporánea a tenor de lo dispuesto en el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ya que en este caso se reclama por el fallecimiento del paciente y (...) habitualmente viene siendo este hecho el que se considera como *dies a quo*; sin embargo, no guarda relación alguna con las asistencias prestadas en la sanidad pública, sino que además (desde) la decisión incorrecta por la que se imputa al servicio público sanitario responsabilidad (suspensión de la cirugía) han transcurrido casi dos años, estando la misma, por tanto, prescrita. En efecto, la suspensión de la cirugía por parte del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) tiene lugar en noviembre de 2015; sin embargo, no se interpone hasta el 17 de mayo de 2017, fecha en la que transcurrió el plazo legal".

En cuanto a la asistencia prestada al paciente, indica que "esta fue acorde a la *lex artis*. No existió demora en la intervención quirúrgica, ya que en mayo de 2015 se le propuso la intervención por el riesgo de cáncer y el paciente se negó. Posteriormente la cirugía colorrectal se descartó debido al gran riesgo vital para el paciente -dada la peritonitis plástica que presentaba-, y los cirujanos tomaron la decisión tras consultar la situación con el Jefe de

Sección de la Unidad de Cirugía Colorrectal del (Hospital .....). De hecho, en el centro privado no se pudo realizar la colectomía completa, sino solo el colon izquierdo y por partes por la referida peritonitis plástica. Las complicaciones que presentó tras la cirugía realizada en el centro privado (shock, fallo multiorgánico y exitus) están en relación directa con la misma. El linfoma (...) B de células grandes no es consecuencia de la colitis ulcerosa que padecía (en este caso sería un cáncer de colon), sino a causa del tratamiento inmunosupresor que el paciente recibía”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de marzo 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 perjudicados 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 de las Administraciones Públicas (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 mayo de 2017, y aunque algunas de las actuaciones sanitarias o decisiones asistenciales que se reputan causantes del daño y que, por tanto, motivan la indemnización se produjeron varios años antes de la presentación de la solicitud indemnizatoria (destacadamente la pauta en 2012 de tratamiento conservador frente a la extirpación del colon que el perito de parte considera que era ya necesaria en aquel momento), para fijar el *dies a quo* ha de estarse a la posterior manifestación del efecto lesivo por el que se reclama, que en este caso tiene lugar con el fallecimiento ocurrido el día 19 de mayo del año anterior, 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, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo se había rebasado ya el de seis meses 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 21.1 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 dicha Ley 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se solicita una indemnización por los daños dimanantes del fallecimiento de un paciente que sus progenitores atribuyen a la asistencia dispensada en un hospital público.

Consta en el expediente que el hijo de los interesados falleció en el Hospital ..... el día 19 de mayo de 2016, por lo que debemos reconocer que esta pérdida ha originado en ellos un daño real y efectivo de naturaleza moral.

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

Como viene señalando 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que 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.

En el caso de que se trata son varios los títulos de imputación de la responsabilidad por fallecimiento que se demanda. Los interesados dirigen su reproche frente a decisiones y actuaciones asistenciales muy diversas, algunas de las cuales ni siquiera identifican de forma precisa. En la mayor parte de los casos no aportan prueba de que las mismas hayan sido erróneas, ni concretan siquiera la incidencia que tales actividades hayan podido tener en el óbito por el que reclaman; así sucede, por ejemplo, con la supuesta retirada “antes de tiempo” de los drenajes tras el trasplante hepático, el mantenimiento “más o menos” de la “misma medicación” durante “mucho tiempo”, las presuntas “discrepancias entre los equipos médicos” -que pretenden deducir de la confrontación de los diagnósticos y las anotaciones de la historia clínica en las que se recogen distintas hipótesis diagnósticas antes de la realización de los estudios que las confirmen- o la discusión de ciertas pautas asistenciales, como la de mantener al paciente en dieta absoluta o la de trasladarlo a la UCI el día 13 de mayo de 2016. En el escrito de alegaciones presentado durante la sustanciación del trámite de audiencia los reclamantes llegan a reconocer que tales manifestaciones las realizan “desde el desconocimiento médico” y basándose en las “dudas razonables” que les suscitan tanto los informes médicos emitidos en el curso de la instrucción del procedimiento como las anotaciones recogidas en la historia clínica del paciente. Tal forma de proceder no resulta admisible, pues, como venimos señalando de forma constante, 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, y tal prueba brilla por su ausencia respecto de las actuaciones objeto de reproche a las que hemos aludido. En tales circunstancias no puede concluirse que los actos reseñados sean constitutivos de mala praxis; máxime teniendo en cuenta que las anotaciones obrantes en la historia clínica del paciente y los informes médicos librados durante la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que son los únicos documentos de que disponemos para formar nuestro juicio, no permiten llegar a la misma conclusión. En efecto, respecto al supuesto retraso en la retirada de los drenajes tras el injerto hepático, se afirma en el informe del Responsable de la Unidad de Trasplante Hepático que “la presencia de hematomas intraperitoneales en el posoperatorio de una cirugía no requiere tratamiento quirúrgico ni mantener unos drenajes que no están evacuándolo”, y que en cambio “no retirar drenajes a tiempo puede ser causa de sobreinfección”. Tampoco evidencia el expediente que el mantenimiento prolongado del tratamiento farmacológico de la dolencia crónica del paciente haya podido perjudicar su evolución, ni que el diagnóstico de la clínica que iba presentando se haya apartado del estándar de diligencia exigible al servicio público, que -como ya hemos señalado en anteriores ocasiones- conlleva únicamente la obligación de adoptar todos los medios necesarios y disponibles para identificar la patología generadora de los síntomas y signos manifestados, amparando dicho estándar, por tanto, las incertidumbres o dudas que puedan surgir a lo largo del proceso siempre que se empleen los medios diagnósticos apropiados. Las anotaciones de la historia clínica muestran, por otra parte, que la decisión de pautar al enfermo dieta absoluta el día 5 de mayo de 2016 fue correcta, pues se produjo ante una “sospecha de perforación intestinal” (folio 171), y que su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos se realizó en el momento apropiado, tras solicitar “en varias ocasiones interconsulta a UCI, que decide mantener paciente en planta tras ajuste de tratamiento”, según consta en el informe de ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (folios 185 a 188).

En el trámite de audiencia los perjudicados aportan un informe pericial en el que su autor afirma que ya en 2012 los facultativos responsables del seguimiento del enfermo en la sanidad pública “debieron plantearse un tratamiento quirúrgico”, y que “este retraso va a influir en el mal estado general del paciente, en su deterioro progresivo y, en definitiva, se considera como una falta de oportunidad terapéutica”. Según expone el perito, el diagnóstico en 2012 de una “colitis ulcerosa severa complicada con úlceras necróticas y estenosis” vendría a confirmar el retraso, pues, aunque el tratamiento de la enfermedad “en un principio es médico (...), cuando aparecen complicaciones se debe recurrir a la cirugía para extirpar el colon y eliminar la posibilidad de degeneración en cáncer de colon”. Los documentos obrantes en la historia clínica del enfermo evidencian, sin embargo, que las afirmaciones contenidas en la prueba pericial citada se basan en un presupuesto de hecho erróneo. En efecto, no es cierto que el colon del paciente presentara ya en 2012 “úlceras necróticas y estenosis”, como señala el autor del informe librado a instancia de los reclamantes, pues la colonoscopia informada el 26 de julio de 2012 (cuyo resultado obra en el folio 31) solo evidencia “una mucosa deslustrada a todo lo largo del mismo, en relación con la enfermedad previa, sin apreciar lesiones sugerentes de neoplasia”. No es hasta 2015 cuando las colonoscopias evidencian lesiones intestinales (úlceras y estenosis) que -como afirma el perito- podrían llegar a “la degeneración en cáncer de colon”. En este punto debe destacarse que en 2013 el paciente no acude a la revisión del trasplante hepático ni a la colonoscopia para las que había sido citado, según informa la responsable del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo y de la Unidad de Trasplante Hepático, y que en el resto de las exploraciones colónicas realizadas la mala preparación del paciente es una constante, teniendo que repetirse las pruebas correspondientes a las revisiones de 2012 y 2014 ante la imposibilidad de valoración de los resultados obtenidos por dicha causa (folios 30 y 36). El día 13 de abril de 2015 se cita al paciente para repetir la colonoscopia correspondiente a 2014, y en ella -según se refleja en el informe de seguimiento de consulta externa que figura en los folios 40 y 41- se observa “en rectosigma o sigma distal úlcera grande y profunda de varios cm de longitud y más del 50 % de la circunferencia con base necrótica de la que se

toman biopsias (material necrótico compatible con úlcera con moderada-intensa inflamación crónica discretamente activa). Proximal a unos 30 cm lesión ulcerada, necrótica con estenosis de la luz, se toman biopsias para descartar malignidad (necrosis y discreta inflamación crónica de la mucosa intestinal). No se puede progresar por estenosis". A la vista de los hallazgos de dicha colonoscopia, según consta en el mismo informe, "se decide comentar en sesión médico-quirúrgica de colon mañana (29-04-2015) para valorar colectomía. En caso contrario se probaría tto. intensivo de la CU para intentar controlar inflamación". Tras la valoración del caso en sesión clínica, se plantea al enfermo "cirugía (colectomía) ante riesgo de cáncer de colon, y el paciente prefiere intentar tratamiento médico y ver si hay respuesta próximamente" (folios 57 a 59). De lo expuesto resulta que no puede imputarse al servicio público un retraso en pautar la cirugía, ya que -como afirma el perito de los reclamantes-aquella solo está indicada "cuando aparecen complicaciones", y estas no se presentan en el caso de que se trata hasta mediados del mes de abril de 2015, siendo en este momento en el que se recaba por primera vez el consentimiento del paciente para llevar a cabo la extirpación del colon.

Se desconoce, por otra parte, si de haber acudido el enfermo a la revisión de 2013 o a la realización de la colonoscopia anual en 2014 con una correcta preparación podrían haberse diagnosticado antes las complicaciones mencionadas, pero de ser así de la citada demora únicamente cabría responsabilizar al propio paciente, que con su conducta habría impedido una diagnosis más precoz. Asimismo, le correspondería a él asumir las consecuencias que pudieran derivarse, en su caso, del retraso en la realización de la colostomía pautada en el mes de abril de 2015, pues si esta no se practicó antes (...) fue por su propia voluntad, según se anota en el informe de seguimiento de consultas externas del Hospital ..... (folios 63 y 64).

Ha de señalarse, por otra parte, que no es cierto que el paciente presentara un deterioro progresivo ante el que el servicio público sanitario se haya mantenido pasivo. Al contrario, en 2012 está asintomático, según se refleja en el informe del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo y de la Unidad de Trasplante Hepático, encontrándose en la misma situación en la siguiente revisión a la que acude, el día 8 de octubre de 2014, a tenor del

informe de seguimiento de consultas externas (folios 33 y 34). En la consulta del día 7 de enero de 2015 refiere encontrarse "clínicamente bien, salvo estreñimiento y malestar abdominal. No rectorragias. No prurito". No es hasta el mes de abril de 2015 cuando se le propone la colectomía, que rechaza, y cuando refiere por primera vez un empeoramiento de su estado, que se manifiesta en "astenia, menos apetito, refiere que está muy estresado. Cuadros suboclusivos. No rectorragias ni moco en heces. No prurito" (folio 40).

A finales del mes de septiembre de 2015 el enfermo acude a la sanidad privada en busca de una segunda opinión (folios 52 a 54), obtenida la cual cambia de parecer en cuanto a la voluntad de operarse. En el mes de octubre siguiente acude al Servicio de Urgencias del Hospital ..... en dos ocasiones (los días 13 y 24) por dolor y distensión abdominal, y en el curso del ingreso iniciado el día 13 (folios 57 a 59) se presenta el caso nuevamente "en sesión médico-quirúrgica para valoración de posible colectomía" y se "envía a consultas de Cirugía en circuito preferencial", citándose para "el día 26 de octubre a las 12:15" horas. El 17 de noviembre de 2015 acude a consulta de preanestesia (folios 65 y 66) y entonces ya refiere "pérdida de peso en los últimos meses, estreñimiento con episodios de diarreas. Astenia y anorexia". Diez días después (el 27 de noviembre de 2015) "se intenta colectomía" en la que, frente a lo indicado por los reclamantes, está presente una doctora perteneciente al equipo de trasplantes, como señala la Coordinadora de la Sección de Cirugía Colorrectal del Hospital ..... en su informe. La compleja situación advertida por los cirujanos intervinientes una vez realizada la laparotomía -"abdomen bloqueado por múltiples adherencias, varices con sangrado y elevado riesgo quirúrgico de lesión intestinal" (folio 642 de la historia clínica Millennium)- la conduce a decidir, de consuno con el entonces Coordinador de la Sección de Cirugía Colorrectal, el desistimiento de la intervención, planificándose, "de acuerdo con Unidad de EII", que "en principio se recuperará de este proceso y se valorará remitir a otro centro con experiencia en este tipo de pacientes" (folio 67). Tal forma de proceder es calificada de "correcta y prudente" por los facultativos autores del informe librado a instancias de la compañía aseguradora.

Descartada la cirugía en el Hospital ....., y frente a los reproches de “inoperancia” y “pasividad” formulados por los reclamantes, se alzan numerosas anotaciones de la historia clínica en las que se deja rastro de los intentos de derivación del paciente por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias a otro centro especializado ante la imposibilidad de realizar la cirugía en el referido hospital. Entre ellas la que figura en el folio 660 de la historia Millennium, en la que se da cuenta de la solicitud de “cirugía electiva” en el Hospital ....., de Madrid, que “fue rechazada inicialmente por saturación del servicio”, o la que deja constancia de la consulta realizada por un familiar que “pide información” sobre “cómo gestionar para intervención quirúrgica que no pueden hacer en el 12 de Octubre en la privada (...). Habla con el (doctor que se señala), que le dice que tendrán que informarle en el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y si necesita informes él se lo hará” (folio 838 de la historia Millennium).

La operación se efectúa finalmente en el centro privado de elección del paciente el día 31 de marzo de 2016 (folio 119). Las dificultades y el riesgo quirúrgico derivado de la situación de “peritonitis plástica” que presentaba el abdomen del enfermo, ya conocida al haber sido advertida por quienes habían intentado previamente la cirugía en el servicio público, impide igualmente al cirujano privado -que es un afamado especialista- la extirpación total del colon o “pancolectomía, con ileostomía”; intervención que, según reconocen los propios reclamantes en su escrito inicial, era la indicada (también por el centro privado) para el tratamiento de la enfermedad. El paciente retorna al Hospital ..... el día 25 de abril de 2016, casi un mes después de la cirugía, en situación de “tinte icterico, caquético” (informe del SAMU que obra en el folio 141). Según consta en el informe de ingreso del Servicio de Medicina Intensiva (folios 185 a 188), “a poco de su llegada comienza con un cuadro febril, por lo que se realiza TC urgente el día 29 de abril que muestra principalmente: 3 colecciones de gran tamaño, una de ellas en contacto con el muñón rectal que presenta dehiscencia parcial, así como trombosis parcial de porta y mesentérica sup.”. Se conoce también al ingreso que el paciente presenta un tipo de neoplasia (linfoma de células grandes B) que no puede relacionarse con la colitis ulcerosa, según señala el Responsable de la Unidad de Trasplante Hepático en su

informe. Tras la valoración por parte del Servicio de Hematología del Hospital ..... se descarta la posibilidad de aplicar quimioterapia, dirigiéndose el tratamiento, a tenor del informe clínico de alta que obra en los folios 198 a 203, a solventar el "cuadro infeccioso que presenta". Se solicita en el curso del citado proceso asistencial "valoración por Servicio de Cirugía General, que dado el alto riesgo quirúrgico decide optimizar el tratamiento médico y si fuera necesario drenaje percutáneo/endoscópico", el cual se lleva a cabo, guiado por TC, el día 1 de mayo de 2016. La evolución del paciente, pese al tratamiento pautado, es "tórpidas con fiebre, anemia, fallo renal oligúrico", apreciándose en TC el día 10 de mayo "llamativa dehiscencia del muñón rectal con signos de peritonitis y colecciones intraabdominales. Probable pielonefritis del riñón izquierdo por vecindad a la colección localizada en vacío izquierdo". El paciente entra en "situación crítica por shock séptico de origen abdominal por peritonitis terciaria", que trata de revertirse en el citado Servicio mediante la realización de un nuevo drenaje de la colección pararenal guiado por ECO y la administración de "soporte ventilatorio, renal, vasoactivo y transfusional, además de tratamiento antibiótico"; medidas todas ellas que no pueden evitar el fracaso multiorgánico con el consecuente fallecimiento.

Frente a las afirmaciones de los reclamantes, para quienes el óbito estaría principalmente relacionado con una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica ocasionada por un retraso en la aplicación del tratamiento quirúrgico que no han alcanzado a probar, y que, por el contrario, se encuentra desmentido por las anotaciones obrantes en la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante la instrucción del procedimiento, ha de concluirse que el paciente falleció debido a complicaciones típicas de la última cirugía practicada, que resultan inevitables aun en las mejores manos, y que no pudieron solucionarse por el servicio público pese a haber puesto a disposición del enfermo todos los medios necesarios y disponibles. En definitiva, no cabe apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia dispensada en el supuesto analizado, toda vez que se procuró al paciente tratamiento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

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,