

Dictamen Núm. 82/2020

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de abril de 2020, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de enero de 2020 -registrada de entrada el día 15 de ese 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 esposo y padre, respectivamente, como consecuencia del retraso en una intervención de urgencia.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 15 de abril de 2019, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento del paciente -esposo y padre, respectivamente, de los reclamantes- que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria, concretada en el retraso en una intervención quirúrgica de urgencia.

Exponen que “con fecha 1 de marzo de 2018 (...) ingresó en el Hospital ..... para cirugía programada” de prótesis de cadera izquierda “por coxartrosis, siendo intervenido quirúrgicamente el 2 de marzo de 2018./ El séptimo día posoperatorio (el paciente) avisa a los servicios médicos por presentar distensión (...) y dolor abdominal, siendo la impresión diagnóstica íleo adinámico. Ese mismo día (...) es sometido a una radiografía abdominal” en la que se aprecia “dilatación de asas de intestino delgado con ligero edema de pared y presencia de gas distal”.

Indican que el “10 de marzo de 2018, y tras consultar la situación clínica (del paciente) con el Servicio de Radiología del hospital, se solicita por los facultativos de forma urgente un TAC abdominopélvico con contraste”, que se practica el mismo día y arroja el resultado de “obstrucción intestinal con punto de transición en el tercio medio de colon izquierdo no asociado a tumoración ni a claros signos de inflamación”. Precisan que “a la vista del resultado del TAC se le solicita (...) colonoscopia a ritmo (de) hospitalización para caracterización de punto de transición en colon descendente descrito en TAC”.

Refieren que el día “19 de marzo de 2018 la situación clínica (del paciente) empeora sustancialmente, motivo por el cual (...) se solicita nuevamente TAC urgente” que informa de “hallazgos compatibles con colecistitis aguda, probablemente alitiásica./ Dilatación generalizada, fundamentalmente de asas de intestino delgado y en menor medida colon transversal, algo más marcado que en el estudio previo, con cambios de calibre progresivos, lo que sugiere probable carácter reactivo./ Cardiomegalia con pequeña cantidad de líquido pericárdico y derrame pleural de predominio derecho./ Dilatación de aorta ascendente”.

Señalan que “con fecha 20 de marzo de 2018 y como consecuencia de un empeoramiento (...) es intervenido de urgencia por una supuesta sepsis, la intervención quirúrgica consistió en una colecistectomía./ Es decir, desde que (el paciente) avisa a los servicios médicos de que padece importantes molestias en la zona abdominal hasta que se le interviene de urgencia transcurren ni más ni menos que 10 días, algo insólito. No podemos olvidar que en el TAC de fecha

10 de marzo de 2018 ya se hablaba de que el paciente presentaba colelitiasis y posible obstrucción intestinal”.

Reseñan que el “6 de abril de 2018 (...) experimenta un importante empeoramiento de su situación, siendo diagnosticado de neumonía con aislamiento de *Stenotrophomonas maltophilia*, desadaptación, precisando profundizar sedación, hemorragia digestiva, realizando de urgencia endoscopia./ Nuevamente, con fecha 11 de abril de 2018, el paciente es sometido a un angio TAC” en cuyo resultado se recoge “sin cambios significativos con respecto al estudio previo: gran hematoma en flanco derecho-fid y pelvis y hematoma subcapsular hepático, sin signos de sangrado activo”. Añaden que “el 12 de abril de 2018 (...) es sometido a una laparotomía urgente, informando a los familiares (...) del mal pronóstico dada la situación abdominal y de las pocas posibilidades quirúrgicas./ Con fecha 14 de abril de 2018, y como consecuencia de un sangrado activo (...), es sometido a un TAC abdominal pélvico y arteriografía pélvica sin lateralidad”, diagnosticándosele una “hemorragia activa intraabdominal con muy mal pronóstico, retirando medidas agresivas de tratamiento (...). Fallece el 16 de abril de 2018”.

Consideran que “el fallecimiento (...) se debe única y exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo. Desde que (...) avisa a los servicios médicos de importantes molestias en la zona abdominal (...) hasta que se le interviene de urgencia transcurren ni más ni menos que 10 días, algo insólito” ya que “en el TAC de 10 de marzo de 2018 ya se hablaba de que (...) presentaba colelitiasis y posible obstrucción intestinal”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en doscientos mil euros (200.000 €), de los cuales 160.000 € corresponderían a la esposa y 40.000 € al hijo.

Acompañan copias del Libro de Familia, del certificado de defunción y de las hojas de curso clínico de hospitalización.

**2.** Mediante oficio de 7 de mayo de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios

y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa solicitud formulada por la Inspectora de Servicios y Centros Sanitarios designada al efecto, el 31 de mayo de 2019 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de Traumatología y de Cirugía General.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General, fechado el 30 de mayo de 2019, se señala que se trata de un paciente con "antecedentes de amaurosis de ojo izdo., aneurisma de aorta ascendente, fibrilación auricular, hipertensión arterial, ictus hemorrágico sin secuelas y valvulopatía aórtica valorado para cirugía de prótesis de cadera (...), que es intervenido por Traumatología el 2-3-2018 sin incidencias destacables./ El posoperatorio inmediato cursa con normalidad, presentando posteriormente cuadro de dolor y distensión abdominal por lo que se solicita valoración a nuestro Servicio, etiquetando el cuadro de íleo adinámico en el contexto clínico de posoperatorio en paciente pluripatológico tras realización de radiología simple (...), e instaurándose las medidas habituales en estos casos de reposo digestivo (...), apoyo y vigilancia clínica./ Dada la mala evolución clínica, se realiza TAC toraco-abdominal en el décimo día de posoperatorio que es informado como 'obstrucción intestinal con punto de transición en tercio medio de colon izquierdo sin signos de inflamación ni neoplasia', por lo que se solicita colonoscopia con el objeto de identificar el origen de la supuesta estenosis a ritmo de hospitalización al permitirlo las condiciones clínicas del paciente./ Ante el empeoramiento del cuadro clínico se repite el TAC el día 19-3-2018, que es informado como colecistitis aguda probablemente alitiásica (...), con dilatación generalizada de asas de delgado y en menor medida de colon transversal (...) y con cambios de calibre progresivo y múltiples que sugieren posible origen reactivo, además de cardiomegalia con líquido pericárdico, derrame pleural derecho y dilatación de aorta descendente./ Con estos hallazgos se indica cirugía urgente por sepsis intraabdominal el día 20 de marzo de 2018,

comprobandose vesícula de paredes isquémicas y peritonitis biliar localizada y plastrón de asas de intestino delgado muy friables que incluyen una perforación, realizándose colecistectomía, resección de delgado con anastomosis T-T reforzada, lavados y drenajes./ En la reanimación la evolución es favorable permitiendo retirada de algunas medidas de soporte hasta el día 24, en que de nuevo el paciente empeora, por lo que se repite TAC ante sospecha de fístula intestinal evidenciándose líquido libre en cantidad moderada y loculado, con presencia del líquido a nivel de anastomosis de FID sin poder descartar dehiscencia, y engrosamiento mural de colon derecho como hallazgos más significativos. Se decide intervención quirúrgica el 26-3-2018 en la que se comprueba estanqueidad de anastomosis previa y la presencia de perforación de ciego, realizándose íleo-colectomía (...). El día 31 el paciente presenta un cuadro de hemorragia a través del drenaje por lo que se solicita angio TAC para filiación del mismo, poniéndose de manifiesto el origen en arteria mesentérica superior y procediéndose a la embolización, tras lo que cede la hemorragia. Esta nueva complicación agrava la distensión abdominal y empeora los problemas respiratorios que el paciente presenta. Se procede a la realización de nuevo TAC el día 5-4-2018 de control abdominal en el que no existen cambios intraabdominales tras el cese del sangrado, presentando hematoma en flanco derecho y pelvis y hematoma subcapsular hepático sin signos de sangrado activo, por lo que se decide conducta expectante./ El cuadro evoluciona de manera tórpida y el día 6-4-2018 el paciente presenta nueva hemorragia, en esta ocasión a través de ileostomía, por lo que se solicita y realiza endoscopia digestiva a través de la ileostomía que no evidencia ninguna causa de sangrado intraluminal y sí a nivel de inserción del estoma que logra estabilizarse./ Los días siguientes persisten la distensión y los problemas respiratorios, asociándose una trombopenia posiblemente por toxicidad antibiótica, sometiéndose al paciente a nuevo control de angio TAC el 11-4-2018 que detecta presencia de hematoma conocido (...); ante la sospecha de sobreinfección se decide laparotomía de urgencia el día 12-4-2018, realizándose drenaje de hematoma sobreinfectado y resección de 30 cm de intestino delgado que presenta una perforación en el contexto de un abdomen muy laborioso con

un sangrado en sábana, por lo que no puede descartarse iatrogenia en el propio acto quirúrgico./ El día 14-4-2018 el paciente presenta de nuevo gran hemorragia activa a través de orificio de drenaje, por lo que se repiten pruebas de imagen que evidencian mejora del hematoma previo, pero presencia de sangrado activo que parece depender de arteria ilíaca circunfleja superficial derecha, procediéndose a embolización de arteria lumbar derecha L4 y circunfleja ilíaca./ En el entorno añadido de un shock séptico con fracaso multiorgánico, coagulopatía por consumo, evolución tórpida e inestabilidad hemodinámica se decide no asociar nuevas medidas de soporte, con lo que el paciente causa exitus”.

El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital ....., de 24 de mayo de 2019, refiere que “el paciente es visto en (...) Traumatología (...) el 21-7-17 por presentar dolor de cadera izquierda por coxartrosis severa y programado para intervención quirúrgica de artroplastia total de cadera izquierda./ Con fecha 1-3-18 ingresa en este centro y el 2-3-18 es intervenido quirúrgicamente, realizándose prótesis total de cadera izquierda./ El paciente sigue control médico y analítico diario y el posoperatorio evoluciona sin incidentes./ Con fecha 7-3-18 (...) presentó un cuadro abdominal, motivo por el cual se solicita valoración por el Servicio de Cirugía General (...). Fue seguido a la vez que por Cirugía General por su cuadro abdominal por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la prótesis de cadera, que evolucionó con normalidad iniciando deambulacion precoz, evolucionando la herida quirúrgica satisfactoriamente y retirándose las suturas en los plazos establecidos”.

Entre la documentación incorporada al expediente se encuentran sendos consentimientos informados para prótesis articular del miembro inferior -de fechas 6 de agosto de 2015 y 21 de julio de 2016- que señalan, entre los riesgos típicos y complicaciones de la intervención quirúrgica, que “menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y confusión mental posoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada”.

4. Con fecha 19 de agosto de 2019, emite informe pericial una facultativa -máster en Valoración del Daño Corporal- en el que se concluye que la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*, por lo tanto, correspondería desestimar la reclamación.

Indica que en esta se atribuye el fallecimiento única y exclusivamente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo, pues desde que el paciente inicia las molestias abdominales hasta que se le interviene de urgencia transcurren diez días. Señala que "en el caso que nos ocupa nos encontramos ante un paciente añoso con comorbilidades importantes (HTA, fibrilación auricular anticoagulada, valvulopatía) que es sometido a la implantación de una prótesis de cadera por patología degenerativa el 2-3-2018 (...). En el posoperatorio inmediato no presenta complicaciones médicas ni quirúrgicas, tolera deambulación, inicia tolerancia oral y presenta deposiciones. Buena evolución de la herida quirúrgica. A los 5 días presenta clínica de distensión abdominal, dolor y vómitos. Ante los síntomas, la exploración (...) y las pruebas complementarias se orientan como íleo paralítico de manera correcta, y se inicia el tratamiento según protocolos. No se detecta, tras revisión de la historia clínica (notas de curso de facultativos, de enfermería y pruebas complementarias), que se realizase mala praxis ni negligencia médica. Se actuó de manera correcta y según protocolos en función de la clínica y la exploración./ Ante la mala evolución posterior se solicitó TAC abdominal (8 días tras la intervención) el 10-3-2018, que confirmó obstrucción sin tumoración ni signos inflamatorios, además de evidenciar colelitiasis sin signos de colecistitis. Se mantuvo tratamiento y vigilancia. Se solicitó FCS. Se instauró tratamiento antibiótico y se realizaron controles analíticos diarios. Durante estos días ni la exploración ni la analítica hicieron sospechar la aparición concomitante de un proceso infeccioso a nivel vesicular. El 19-4-2018, 9 días tras el primer TAC, se solicitó uno de control y en este último se describe una colecistitis aguda probablemente alitiásica con dilatación generalizada de asas de delgado, además de cardiomegalia con líquido pericárdico, derrame pleural derecho y dilatación de aorta descendente. Colecistitis no descrita en el anterior. En la exploración de este día se describe que el paciente presenta en la palpación

abdominal signo de Murphy+ por primera vez. Se indicó de manera correcta en ese momento y no antes, dada la gravedad del paciente, intervención quirúrgica urgente para realización (de) colecistectomía y resección de intestino delgado, ya que presenta una perforación (complicación de íleo parálítico mantenido)./ Tras esta primera intervención el paciente evolucionó de manera tórpida presentando dehiscencia de sutura, persistencia del íleo, nueva perforación. Complicaciones que requirieron reintervención, hemorragia que preciso embolización con hematoma intraabdominal secundario que se sobreinfectó y requirió de nueva laparotomía para drenaje. Se aplicaron medidas agresivas en cada una de las complicaciones que fueron surgiendo hasta que se decidió optar por medidas de confort tras agotar las posibilidades terapéuticas”.

Recuerda que “en todos los consentimientos informados firmados por el paciente -cirugía para (prótesis total de cadera), colecistectomía, laparotomías- se contempla la existencia de un porcentaje de mortalidad”.

Incorpora bibliografía en la que se advierte que “aproximadamente 1 de cada 3 pacientes sometidos a intervención para implantar (prótesis total de cadera) va a sufrir algún tipo de complicación médica, aunque la mayoría no de riesgo vital. Entre las más frecuentes se encuentran la desorientación y confusión posoperatoria (la más frecuente), infecciones de orina, sangrado gastrointestinal, angina de pecho, arritmia cardíaca, decúbitos o íleo parálítico./ En la mayoría de los casos el íleo parálítico posoperatorio (...) no reviste gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días, se trata prácticamente de un mecanismo adaptativo que ayuda a la recuperación de la agresión quirúrgica. Pero en algunas circunstancias el fracaso propulsivo puede prolongarse tanto que provoque un cuadro clínico tan peligroso como las obstrucciones de causa mecánica, lo que compromete a veces la vida del enfermo”. Se añade en las referencias bibliográficas que “la pseudo-oclusión intestinal, íleo parálítico o adinámico, consiste en un compromiso del tránsito sin una causa mecánica que lo justifique, atribuyéndose por tanto a una alteración de la función motora del intestino. La causa más frecuente es la cirugía abdominal previa. Otras causas son traumatismos abdominales,

perforación víscera hueca, peritonitis, colecistitis, patología retroperitoneal, pancreatitis, isquemia intestinal, causas extra abdominales, como síndrome coronario, fracturas de pelvis, cirugía traumatológica, cirugía torácica, infecciones, enfermedades neurológicas, uremia, hipotiroidismo. Los fármacos -mórficos, antidepresivos, fenotiacidas (...) pueden ser causa y/o contribuir a su instauración”.

**5.** Mediante oficio notificado a los interesados el 7 de noviembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en este que el hijo del perjudicado se persona en las dependencias administrativas el 27 de noviembre de 2019 y obtiene una copia del mismo.

Con fecha 28 de noviembre de 2019, los perjudicados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se limitan a reiterar, íntegramente, el contenido de su reclamación.

**6.** El día 16 de diciembre de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente.

En ella señala que “el informe emitido por el Servicio de Traumatología” pone de manifiesto que cuando el paciente presenta “un cuadro abdominal (7-3-2018) se solicita su valoración por el Servicio de Cirugía General, que procede al tratamiento del proceso prestando en todo momento los cuidados precisos acordes con la *lex artis* y encaminados a revertir la situación clínica que terminó con su fallecimiento, tal como acredita el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General (...) tras efectuar la descripción del cuadro clínico y de las actuaciones realizadas”.

Refiere que el informe pericial realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración “concluye calificando la actuación conforme a

los protocolos y la *lex artis*” con apoyo en “dos referencias bibliográficas, según las cuales el íleo paralítico (problema abdominal sufrido por el paciente) está dentro de las complicaciones que pueden sufrir 1 de cada 3 pacientes sometidos a intervención para implantar (prótesis total de cadera), que si bien en la mayoría de los casos el íleo paralítico posoperatorio (...) no reviste gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días, en otras puede prolongarse y provocar un cuadro clínico tan peligroso como las obstrucciones de causa mecánica, lo que compromete a veces la vida del paciente. Dentro de las posibles causas del referido (íleo paralítico posoperatorio) se cita, entre otras, la cirugía traumatológica”.

Finalmente, indica que “no cabe (...) más que concluir que el paciente fue correctamente tratado” y que “los consentimientos informados de las cirugías realizadas contemplaban la existencia de un porcentaje de mortalidad”.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de enero de 2020, 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 Salud, 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

**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 15 de abril de 2019, y el fallecimiento del perjudicado se produce el día 16 de abril de 2018, por lo que es claro que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se 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 21.1 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 la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, y que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria plasmada en el retraso en acometer una intervención quirúrgica de urgencia.

Acreditada la efectividad del daño sufrido a la vista de la documentación clínica obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto analizado, los interesados atribuyen el fallecimiento del paciente a la deficiente actuación sanitaria llevada a cabo desde que aquel avisa a los servicios médicos de importantes molestias en la zona abdominal hasta que se le interviene de urgencia. Es este el periodo y el único episodio en el que centran todos sus reproches y que elevan a desencadenante de los posteriores sucesos, cuyo resultado final fue el deceso del paciente.

Pues bien, de la documentación que aportan los reclamantes cabe concluir que es el día 9 de marzo de 2018 cuando su familiar, estando ingresado por habersele practicado el 2 de marzo una cirugía de prótesis total de cadera, advierte a los médicos de dolor abdominal; no obstante, sobre esta fecha no coinciden los interesados con el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital ....., que sitúa cronológicamente el cuadro abdominal en el 7 de marzo y no a los siete días del posoperatorio. Teniendo esta discordancia presente y asumiendo estrictamente al relato fáctico de los interesados, desde que tiene lugar el aviso anteriormente reseñado hasta la intervención quirúrgica de urgencia (colecistectomía) se producen las siguientes actuaciones: el mismo día en que advierte de su dolor se le hace una radiografía abdominal, el 10 de marzo un TAC abdominopélvico que confirmó obstrucción sin tumoración ni signos inflamatorios, además de evidenciar colelitiasis pero sin signos de colecistitis. Consta en el historial clínico que durante ese periodo se aplicó tratamiento antibiótico, se realizaron controles analíticos diarios y se solicitó FCS sin que la exploración ni la analítica hicieran sospechar la aparición concomitante de un proceso infeccioso a nivel vesicular; ante el empeoramiento del paciente se programó colonoscopia para el 19 de marzo, día en el que se requirió un segundo TAC y seguidamente se decidió practicar la intervención de urgencia.

Por otra parte, el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General señala que el posoperatorio inmediato a la intervención de la prótesis de cadera cursó con normalidad hasta que el paciente presentó el cuadro de dolor y distensión abdominal, momento en el que, tras solicitar la oportuna valoración, se diagnostica como "íleo adinámico en el contexto clínico de posoperatorio en paciente pluripatológico" y se procede a instaurar las "medidas habituales en

estos casos de reposo digestivo (...), apoyo y vigilancia clínica". Debemos recordar también en este punto que se trata de un paciente de setenta y ocho años -según refiere el informe del Servicio de Cirugía General- con antecedentes de aneurisma de aorta ascendente, fibrilación auricular, hipertensión arterial e ictus hemorrágico.

En definitiva, dentro del margen de tiempo enjuiciado es indudable que se han llevado a efecto una serie de actuaciones médicas tendentes al diagnóstico y tratamiento de la dolencia abdominal presentada, a pesar del complicado cuadro clínico del paciente, respecto de las cuales los interesados no han acreditado infracción alguna de la *lex artis ad hoc*.

En efecto, es preciso tener presente que los informes incorporados al expediente señalan como medidas habituales, en un contexto clínico de posoperatorio con paciente pluripatológico, el reposo digestivo, apoyo y vigilancia clínica. Los reclamantes parecen sugerir la conveniencia de una intervención quirúrgica de urgencia, pero no aportan ningún elemento probatorio o cita de literatura médica que avale su tesis de intervención inmediata; demanda que se sustenta en sus meras afirmaciones, a pesar de la concurrencia de otros factores, como la edad, clínica y riesgos de un paciente recién intervenido.

En efecto, los interesados se limitan a invocar genéricamente una deficiente actuación sanitaria por estimar "insólito" el plazo que discurre entre que el paciente exterioriza sus molestias y se le interviene de urgencia. Sin embargo, no se detienen a analizar o cuestionar cada uno de los distintos hitos del proceso asistencial, ni presentan prueba pericial alguna, y tampoco aíslan una concreta infracción de la *lex artis*. Incluso después de examinar el expediente en el trámite de audiencia se limitan a reiterar el contenido de su reclamación inicial y omiten la presentación de alegaciones que cuestionen el criterio de los técnicos informantes.

Frente a ello, todas las periciales obrantes en el expediente, único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo, aprecian que la actuación médica se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Por otro lado, los documentos de consentimiento informado incorporados al mismo señalan como riesgos típicos de la intervención quirúrgica para prótesis articular de miembro inferior las complicaciones cardiopulmonares y gastrointestinales, "sobre todo en enfermos de edad avanzada". La calificación como riesgo típico resulta trascendente en cuanto excluye la antijuridicidad del daño, comportando la obligación del perjudicado de asumirlo.

En definitiva, no se objetiva negligencia médica alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, los cuales en ningún momento han sido desvirtuados por los reclamantes, quienes no hacen uso del derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado no resulta antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.