

Dictamen Núm. 184/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de julio de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de mayo de 2022 -registrada de entrada el día 23 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una mala praxis en el tratamiento de un cáncer de colon.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 28 de octubre de 2021, el interesado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de una mala praxis en el tratamiento de un cáncer de colon en cuyo posoperatorio se presentaron complicaciones graves.

Expone que el 14 de noviembre de 2018 se le diagnostica una “neoplasia de cuerpo-cola de páncreas y de colon derecho”, apreciándose el 6 de febrero

de 2019 en “el páncreas una lesión focal en cuerpo de aproximadamente 40 mm sugestiva de tumor neuroendocrino./ El 27-02-2019 se realiza consulta preanestésica para una hemicolectomía derecha laparoscópica” y el 3 de marzo de 2019 “ingresa para intervención quirúrgica programada, realizándose la hemicolectomía”.

Señala que “el posoperatorio se desarrolla con normalidad” y que es dado “de alta el 05-04-2019 con aspecto de herida quirúrgica normal, indicando cura cada 48 horas./ El 09-04-2019 (...) acude con dolor difuso abdominal, náuseas y fiebre (...): dolor en hipogastrio y (fosa ilíaca derecha) sin defensa. Analítica con leucocitosis./ Se hallan cambios posquirúrgicos por hemicolectomía derecha con anastomosis en región subhepática. El diagnóstico es de colección laminar perihepática que se extiende por toda la gotiera derecha, llegando” a la fosa ilíaca derecha, “de contenido líquido y predominantemente gas, que comunica con la región de anastomosis, sugestivo de dehiscencia de la misma”.

Precisa que “el 10-04-2019 tras exploración se halla adquisición helicoidal desde bases pulmonares hasta sínfisis del pubis tras la administración de contraste oral./ El 30-04-2019 (...) se le realiza ecografía abdominal urgente hallando hígado de tamaño y morfología normal, sin identificar lesiones focales. Vesícula biliar discretamente sobredistendida con abundante barro biliar. Sin recomendaciones./ El 15-04-2019 (...) Anatomía Patológica” informa, tras “biopsia por escisión de intestino grueso”, de “severa peritonitis aguda. Focos de mucosa de intestino grueso con cambios isquémicos./ El 30-04-2019 se detecta fascitis necrotizante, sospecha sobreinfección por cándida”.

Refiere que “a lo largo del posoperatorio surgen complicaciones, con diagnóstico de posoperatorio abdominal complicado, peritonitis, abscesos y fascitis necrotizante de pared abdominal secundarios a dehiscencia de sutura ileocólica, shock séptico, PNP del paciente crítico, disfunción diafragmática, weaning prolongado (...). Es sometido a cinco pautas ATB”, y el día 10 de abril se le practica “intervención quirúrgica urgente: exploración laparoscópica,

lavado exhaustivo de la cavidad, ileostomía virtual, drenajes Penrose subdiafragmático (...), en subcutáneo y en (fosa ilíaca izquierda)./ Intervención quirúrgica urgente el 12-04, laparotomía con apreciación de material sero turbio y maloliente entre asas, absceso, anastomosis ileocólica con dehiscencia. Necrosis de tejido subcutáneo a lo largo de toda la laparotomía./ El día 28 en la UCI presenta dos drenajes en espacios interfasciales de pared abdominal, uno en cada lateral. Acúmulo de líquido con paredes hipercaptantes pseudocoleccionado en subcutáneo de flanco izquierdo (...). Existe además abundante edema de tejidos blandos subcutáneos generalizados, derrame pleural bilateral y una pequeña cantidad de líquido libre intraabdominal. Tejido de partes blandas en íntimo contacto con la región de cuerpo cola pancreática en íntimo contacto con fundus gástrico./ La vesícula se encuentra ligeramente distendida y con las paredes levemente engrosadas, posiblemente por la ascitis”.

Manifiesta que ingresa en Cirugía Plástica del Hospital “X” el 21 de junio, presentando “fuga biliar supraponeurítica periileostomía con TAC de control./ 08-07-2019, intervención quirúrgica de Cirugía Plástica: úlcera en pared abdominal con bordes cavitados y comunicada con varias fístulas (...). Toma de injertos de cara lateral de muslo izquierdo, cura de zonas donantes (...). 13-07-2019: Injertos prendidos totalmente”.

Menciona que regresa al Hospital “Y” el 18 de julio de 2019, donde permanece hasta el 30 de septiembre, y que además del problema quirúrgico y las infecciones se establecieron los diagnósticos de “polineuropatía del paciente crítico, desnutrición mixta severa, diabetes mellitus, dermatitis de apoyo, hipoacusia neurosensorial bilateral, infección de herida donante del injerto. Déficit motor por encamamiento prolongado./ Debe acudir a Fisiología Respiratoria./ Ingresa de nuevo el 30-09-2019 hasta el 21-02-2020./ Ingresa 17-3-2020 por eventración./ Continúa (...) recibiendo asistencia por problemas de la bolsa de ileostomía, sin recibir alta del tratamiento”. Añade que el 28 de octubre de 2020 le fue reconocida incapacidad permanente absoluta por el

Instituto Nacional de la Seguridad Social, y que el 21 julio de 2021 recibe el “documento acreditativo de la situación de minusvalía reconocida el 23-07-2020”.

Afirma que “la mala praxis realizada (...) lo ha llevado a estar ingresado” en el Hospital “Y”, Hospital “X” y Hospital “Z” “desde el 31-03-2019 hasta el 21-02-2020 y continuar posteriormente recibiendo cuidados ambulatorios”, y pone de relieve “las secuelas que (le) han quedado, las trece intervenciones quirúrgicas a que fue sometido, la pérdida de audición (y) la dificultad para poder caminar”, señalando que “el tiempo de recuperación (...) podría fijarse en abril de 2021”.

Cuantifica la indemnización que solicita en treinta y ocho mil euros (38.000 €), “sin perjuicio de posterior concreción” una vez se ponga a su “disposición todo el material documental generado por este proceso”.

2. Mediante oficio de 24 de noviembre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 14 de diciembre de 2021 el Director-Gerente del Hospital “Z” le envía una copia de la historia clínica del paciente.

Con fecha 15 de diciembre de 2021, la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la obrante en el Hospital “X” y el 20 de diciembre de 2021 el Gerente del Área Sanitaria V le traslada una copia de la existente en el Hospital “Y” y un informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del referido centro.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva, de 18 de enero de 2022, señala que “la dehiscencia de anastomosis es una complicación

no evitable de la cirugía de colon descrita en los consentimientos informados. Se actuó con diligencia en cuanto se tuvo constancia de dicha complicación./ A las 48 horas se volvió a intervenir con rapidez, ante la mala evolución (...). El ingreso en UVI es frecuente en las peritonitis, así como en el fallo multiorgánico (...). La fascitis necrotizante no es frecuente pero es posible en un ambiente de contaminación bacteriana por gérmenes del colon (...). El resto de intervenciones (...), así como la rehabilitación, se derivan de sus complicaciones./ Por todo ello, concluimos que dichas complicaciones son poco frecuentes (aunque en su caso se sumaron)" si bien "potencialmente posibles en este tipo de cirugía de colon, pero no evitables".

4. Con fecha 8 de marzo de 2022 emite informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él expone que "el objeto de la reclamación no está bien fundamentado, ni queda acreditado en la documental cuál es el acto médico que ha sido incorrecto y, mucho menos, la relación causal con los daños reclamados (...). De la historia y documentación aportada (...) queda claro que la indicación de la cirugía fue totalmente correcta, adecuada y acorde a las guías y recomendaciones internacionales (...). Al paciente le hicieron las pruebas preoperatorias necesarias para planificar la intervención conforme a las guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos (...). El paciente era apto para el tipo de intervención propuesta (...). Previo a la intervención consta que (...) fue informado tanto de la técnica a realizar de hemicolectomía derecha, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado por el paciente, cumpliendo los requisitos de tiempo, forma y con detalle, del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos (...). En dicho consentimiento (...) expresamente se reseña la posibilidad de complicaciones posoperatorias como riesgos típicos poco frecuentes y graves asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la dehiscencia de la laparotomía

(eventración), fístula de la anastomosis que puede requerir reintervención y realización de un ano artificial (ostomía) y la reproducción de la enfermedad (recidiva tumoral) (...). El procedimiento quirúrgico y la técnica elegida para la hemicolectomía derecha es la ajustada a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica”.

Señala que “durante el posoperatorio queda acreditado que el paciente presenta complicaciones infecciosas graves (fascitis necrotizante), evisceración de la laparotomía media y una dehiscencia de la anastomosis con shock séptico que requirió la realización de varias reintervenciones con resección de la anastomosis y (...) una ileostomía terminal (...). De lo expuesto, como se describen en las anotaciones clínicas, considero que no existe una inobservancia del deber de cuidado, puesto que en todo momento ha existido un seguimiento continuo y estrecho del paciente, tratando las complicaciones que han ido surgiendo de manera apropiada y acorde a las pautas y estándares habituales establecidos en las guías de práctica clínica (...). La posibilidad de dehiscencia de la anastomosis intestinal (fuga intestinal) es un riesgo intrínseco e inherente al procedimiento programado descrito en la literatura médica publicada con un porcentaje elevado (4-15 %) de los casos, y en modo alguno puede ser achacado o imputado a la actuación de los facultativos”.

Respecto al momento diagnóstico de este tipo de complicación, indica que “habitualmente se diagnostica entre el 5.º y el 10.º día posoperatorio debido a que corresponde con el periodo de mayor fragilidad de la anastomosis realizada por dificultad en la síntesis de colágeno necesario para la cicatrización de la unión o anastomosis (...). En el presente caso no podemos establecer retraso diagnóstico que conlleve un supuesto daño puesto que fue diagnosticada en el periodo habitual (...). Debemos recordar que los cirujanos nos limitamos a aproximar los cabos y/o extremos intestinales con suturas mecánicas (grapadoras) y/o puntos manuales, pero que no somos los responsables de la falta de cicatrización de los tejidos. Por este motivo, la posibilidad de dehiscencia de las anastomosis es un riesgo imprevisible e

inevitable, con una frecuencia elevada (4-15 % de los casos) a pesar de las mejoras técnicas (...). Lamentablemente, el paciente ha presentado una dehiscencia de la anastomosis ileocólica que ha provocado una fuga intestinal y peritonitis secundaria. Este riesgo (...) representa una complicación típica y característica del procedimiento quirúrgico de resección del colon. Sin embargo, en modo alguno se puede responsabilizar a la actuación de los profesionales del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) su desarrollo y/o aparición (...). Todo procedimiento quirúrgico de resección de colon está sujeto a la posibilidad de presentar una dehiscencia de la anastomosis, suponiendo un riesgo típico e inherente a dicha intervención”.

5. Mediante oficio notificado al reclamante el 23 de marzo de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 12 de abril de 2022, el interesado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifica en la existencia de responsabilidad “por una defectuosa asistencia sanitaria que se inicia con la primera intervención quirúrgica el día 1-4-2019 y que lleva al paciente a sufrir más de trece intervenciones quirúrgicas, ingresos en UVI, permaneciendo ingresado un total de 325 días y con las secuelas que (se) describen en los informes de los tres centros (...), más la pérdida de audición en ulterior informe” del Servicio de Otorrinolaringología del Área Sanitaria V.

Indica que considera el alta con el último informe del Servicio de Otorrinolaringología del Área Sanitaria V y que valora en su conjunto los días de hospitalización en el Hospital “Y” (del 1 de abril al 18 de julio de 2019), Hospital “X” (del 18 de julio al 29 de septiembre de 2019) y “Z” (del 29 de septiembre de 2019 al 21 de febrero de 2020), estimando “los dos primeros como ingresos en situación muy grave (161 días), especialmente a partir del primer reingreso en que hubo de ser reintervenido de urgencia y hasta un total de once

intervenciones más. Del mismo modo y gravedad el tiempo transcurrido en el (Hospital `X`), y considerando grave la situación, ya de recuperación pero precisando curas y asistencia diaria, partiendo del hecho que el paciente largamente encamado no podía caminar iniciando la rehabilitación hasta el alta en 21-03-2020 (164 días) son 16.660 + 12.728,04 euros, a los que añadimos la pérdida de audición (10 puntos) causada por los antibióticos prescritos para atajar las múltiples infecciones” y el “perjuicio estético importante (22 puntos) en abdomen./ Lo que constituye un total” de sesenta y cuatro mil setecientos treinta y seis euros con cuatro céntimos (64.736,04 €).

6. Con fecha 10 de mayo de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

En ella expone que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Todas las complicaciones sufridas fueron inherentes a las cirugías a las que fue sometido. El paciente fue informado tanto de la técnica a realizar de hemicolectomía derecha, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado por el paciente. Entre los riesgos descritos en el documento se reseña de forma expresa la posibilidad de complicaciones posoperatorias, los riesgos típicos asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la dehiscencia de la laparotomía (eventración), fístula de la anastomosis que puede requerir reintervención y realización de un ano artificial (ostomía) y la reproducción de la enfermedad (recidiva tumoral). Se pusieron a disposición del paciente todos los medios para solucionar las complicaciones surgidas”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de mayo de 2022, 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 28 de octubre de 2021, y en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital “Y” de 18 de enero de 2022 consta que el 29 de noviembre de 2021 se advierte al paciente de la necesidad de una nueva cirugía (resección de la recidiva con hepatectomía parcial y probablemente nefrectomía parcial), por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se 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 el interesado reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de una mala praxis en el tratamiento de un cáncer de colon y en cuyo posoperatorio se presentaron complicaciones graves.

Acreditada a la vista de la documentación obrante en las actuaciones la efectividad del daño sufrido, 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 tuvieran 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 el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de

acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, 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, el interesado sostiene que en el abordaje de su patología se ha producido una “mala praxis (...) que lo ha llevado a estar ingresado” en Hospital “X”, en el Hospital “Y” y en el Hospital “Z” desde el 31 de marzo de 2019 hasta el 21 de febrero de 2020, “y continuar posteriormente recibiendo cuidados ambulatorios”.

Planteada en estos términos la controversia por el reclamante, procede descender al fondo de la cuestión a la luz del resto de la documentación obrante en el expediente.

Con carácter previo procede reparar en que el interesado, ni en su escrito inicial ni en el trámite de audiencia, no alcanza a identificar, siquiera indiciariamente, la concreta actuación del sistema sanitario público en la que se aprecie la mala praxis invocada, imputación que se realiza además sin soporte probatorio de ningún tipo.

En primer lugar, cabe referir que el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital "Y", fechado el 18 de enero de 2022, advierte que "la dehiscencia de anastomosis es una complicación no evitable de la cirugía de colon" y que se halla "descrita en los consentimientos informados", habiéndose actuado con prontitud "en cuanto se tuvo constancia de dicha complicación", pues "a las 48 horas se volvió a intervenir con rapidez, ante la mala evolución". Asimismo, indica que "el ingreso en UVI es frecuente en las peritonitis, así como en el fallo multiorgánico", que "la fascitis necrotizante no es frecuente pero es posible en un ambiente de contaminación bacteriana por gérmenes del colon", y que "el resto de intervenciones (...) se derivan de sus complicaciones". Concluye que "dichas complicaciones son poco frecuentes (aunque en su caso se sumaron)" si bien "posibles en este tipo de cirugía de colon".

En segundo lugar, en el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, se señala que "de la historia y documentación aportada (...) queda claro que la indicación de la cirugía fue totalmente correcta, adecuada y acorde a las guías y recomendaciones internacionales", y que previamente a "la intervención consta que el paciente fue informado tanto de la técnica a realizar de hemicolectomía derecha, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado por el paciente" en el que "expresamente se reseña la posibilidad de complicaciones posoperatorias como

riesgos típicos poco frecuentes y graves asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la dehiscencia de la laparotomía (eventración), fístula de la anastomosis que puede requerir reintervención y realización de un ano artificial (ostomía) y la reproducción de la enfermedad (recidiva tumoral)”, concluyendo que “el procedimiento quirúrgico y la técnica elegida para la hemicolectomía derecha es la ajustada a los criterios universalmente aceptados en la práctica médica”. Asimismo, se afirma que “la posibilidad de dehiscencia de la anastomosis intestinal (fuga intestinal) es un riesgo intrínseco e inherente al procedimiento programado descrito en la literatura médica publicada con un porcentaje elevado (4-15 %) de los casos, y en modo alguno puede ser achacado o imputado a la actuación de los facultativos”. Respecto al momento diagnóstico de este tipo de complicación”, significa que “habitualmente se diagnostica entre el 5.º y el 10.º día posoperatorio debido a que corresponde con el periodo de mayor fragilidad de la anastomosis realizada por dificultad en la síntesis de colágeno necesario para la cicatrización de la unión o anastomosis”, y que no habría existido “retraso diagnóstico que conlleve un supuesto daño puesto que fue diagnosticada en el periodo habitual”.

En tercer lugar, la propuesta de resolución sostiene que “todas las complicaciones sufridas fueron inherentes a las cirugías a las que fue sometido” el paciente, y que este “fue informado tanto de la técnica a realizar de hemicolectomía derecha, así como de sus riesgos, existiendo un consentimiento informado escrito específico firmado” por él, precisando que “entre los riesgos descritos en el documento se reseña de forma expresa la posibilidad de complicaciones posoperatorias” y “los riesgos típicos asociados al procedimiento, entre los que se incluyen la dehiscencia de la laparotomía (eventración), fístula de la anastomosis que puede requerir reintervención y realización de un ano artificial (ostomía) y la reproducción de la enfermedad (recidiva tumoral)”. Subraya que “se pusieron a disposición del paciente todos los medios para solucionar las complicaciones surgidas”.

Por último, figura en el expediente un consentimiento informado, firmado el 15 de febrero de 2019 por el paciente, para resección segmentaria laparoscópica de colon en el que se señalan, como riesgos poco frecuentes y graves, “fístula de la anastomosis por alteración en la cicatrización (...) que a veces precisa una reintervención con realización de un ano artificial. Sangrado o infección intraabdominal (...). Reproducción de la enfermedad. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax./ Estas complicaciones (...) pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte”.

Así pues, a la luz de los distintos informes médicos no resulta factible apreciar una mala praxis en el abordaje del cáncer de colon que presentaba el paciente y en cuyo posoperatorio ciertamente se presentaron complicaciones graves, pero ninguna que pudiese hallarse vinculada a la atención dispensada, y todas ellas concreción de los riesgos típicos asociados al procedimiento al que fue sometido y de las que aquel era conocedor, pues se hallaban descritas en el consentimiento informado que firmó en su momento.

En este contexto, las periciales incorporadas al expediente, únicos elementos sobre los cuales este Consejo ha de formar su convicción, a falta de elementos probatorios de contrario, permiten afirmar la inexistencia de infracción de la *lex artis* médica en el marco de un proceso asistencial continuo, implícitamente complejo y delicado, según se desprende de los informes obrantes en el mismo y que en ningún momento han sido desvirtuados por el reclamante, quien se limita a invocar, en abstracto, una mala praxis y cuyas tesis únicamente se sustentan en sus propias consideraciones, pues a lo largo del procedimiento ni ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis ni ha alcanzado a contradecir lo expuesto en la documentación aportada por la Administración. El daño producido, por tanto, 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.