



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **67/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de marzo de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 28 de julio de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **240/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 13 de abril de 2012, el abogado de la Asociación "El Defensor del Paciente" presenta reclamación de responsabilidad patrimonial en representación de x y de sus hijos, x, y, z,..., en solicitud de una indemnización por el fallecimiento, el 12 de septiembre de 2011, del marido y padre de los reclamantes, x, a consecuencia de la asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital General Universitario Santa Lucía, de Cartagena, dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Según relatan los interesados, el proceso médico se inicia en agosto de 2011, al presentar el paciente dos hemorragias rectales por las que acude a urgencias. Tras realizarle una colonoscopia el 8 de agosto, se le diagnostica un cáncer de colon sin metástasis y se le programa para intervención quirúrgica, ingresando a tal efecto el 30 de agosto, si bien no se le operó hasta el día siguiente ante la dificultad del paciente para defecar y obtener la necesaria limpieza intestinal.

El 5 de septiembre, el paciente sufrió un golpe de tos y al temer que se le pudiera abrir la herida quirúrgica solicitó que le retirasen la sonda naso-gástrica que portaba, ya que le aumentaba la tos. Media hora después, el personal sanitario la retiró, pero ya en ese momento el paciente y su mujer habían advertido sangre en la faja que llevaba colocada, lo que constituía un indicio de que la herida quirúrgica pudiera estar abierta. A partir de ese momento el personal de enfermería le puso nebulización aunque no de forma inmediata como le informó el cirujano que harían. Al día siguiente, 6 de septiembre, la facultativa de guardia le informó de que la herida quirúrgica estaba abierta (evisceración) y había que volverlo a intervenir. A las 19 horas se le trasladó a quirófano y se le operó. Después de la cirugía, la citada facultativa le informó que todo había salido correctamente y que se le llevaría de nuevo a la planta. Durante toda esa noche el enfermo se sintió mal.

A la mañana siguiente, 7 de septiembre, al interesarse el paciente sobre el transcurso de la intervención, la médico le informó de que todo iba bien, aunque previamente no le sometió a ninguna prueba diagnóstica para

comprobarlo. El resto del día, el paciente sentía hinchazón estomacal al no poder vomitar y pedía que le colocaran la sonda naso-gástrica, que se le colocó varias horas después y a través de la que en pocos minutos llenó con vómitos una bolsa y media.

El 8 de septiembre a las 10 de la mañana, otra facultativa comunicó a la esposa del paciente que había que realizar un scanner para comprobar si existía infección, al haber observado la presencia de pus al retirar el drenaje de la cirugía. Cuando volvió la mujer del paciente a la habitación observó que la bolsa del drenaje se estaba llenando de heces, lo que comunicó a control de enfermería solicitando la presencia de un médico, demanda que no se atendió hasta que la citada facultativa lo visitó a las 16 horas y ordenó que la prueba se realizara de forma inmediata, pese a lo que aún tardó en practicarse 30 minutos más.

A la vista de los resultados de la prueba practicada (dehiscencia de sutura intestinal), a las 6 de la tarde se decide someter al paciente a una nueva intervención quirúrgica con carácter urgente, tras lo que quedó ingresado en UCI. El enfermo fallece el 12 de septiembre de 2011 debido a shock séptico y fracaso multiorgánico refractario al tratamiento.

Consideran los reclamantes que la asistencia dispensada fue defectuosa y el funcionamiento del servicio público anormal, dado que no se valoró de forma adecuada que la persistente tos que padecía el enfermo constituía un alto riesgo de dehiscencia de la sutura quirúrgica, lo que se pudo resolver, bien evitando la tos o vigilando estrechamente su evolución cuando aparecía. Estiman, además, que hubo una excesiva demora entre la petición de realización de la TAC en la mañana del 8 de septiembre y su realización esa tarde, a las 17,24 horas. También se considera excesiva la demora en la realización de la cirugía urgente a que se sometió al paciente tras desvelar la indicada prueba de imagen la existencia de fuga abundante a través de la anastomosis, no siendo intervenido hasta las 21,25 horas de ese mismo día.

Entienden los reclamantes que, de habersele intervenido horas antes, se le hubiera podido salvar la vida. Durante esas diez horas, la fuga causada por la dehiscencia provocó una infección que derivó en sepsis y éxitus, lo que se hubiera evitado con una intervención más precoz.

Solicitan los reclamantes una indemnización global de 160.000 euros, de los que a la viuda le corresponderían 100.000 y a cada uno de sus cuatro hijos 15.000.

Se propone prueba documental, consistente en la aportada junto a la reclamación (documentación acreditativa del proceso médico), la historia clínica del paciente y que se recaben los preceptivos informes de los facultativos actuantes en el Hospital General Universitario "Santa Lucía" de Cartagena y de la Inspección Médica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a trasladar a los interesados la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, recaba de la Gerencia del Área de Salud II de Cartagena, una copia del historial clínico del paciente así

como el preceptivo informe de los facultativos que le prestaron asistencia, al tiempo que comunica la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS.

TERCERO.- Por la Gerencia del Área de Salud II se remite copia de la historia clínica del paciente e informe de los servicios de Digestivo -que se limita a manifestar que el enfermo no fue tratado por dicha unidad, sino que lo fue por Cirugía- y el de este último Servicio, evacuado por el cirujano que intervino al paciente, el Dr. x, que se expresa en los siguientes términos:

"- Que la tos persistente del paciente estaba en relación con su situación basal de EPOC. Se informó al paciente y a sus familiares del riesgo de dehiscencia de herida quirúrgica y se tomaron las medidas necesarias para mejorar su situación, no estando indicado el uso de fármacos antitusivos por la presencia de tos productiva y el riesgo de aumentar el íleo adinámico postoperatorio.

- El momento de realización de un TAC, solicitado de forma urgente, está supeditado a la disponibilidad de medios en el Servicio de Radiología, tanto técnicos como personales. El 8-9-2011 desde que se solicitó el TAC de x y hasta que se hizo se realizaron 6 TAC's más. Durante ese período el radiólogo de guardia realizó otras técnicas e informó las pruebas realizadas.

- Durante el 8-9-2011 se realizaron un total de 6 intervenciones quirúrgicas urgentes. El proceso que lleva realizar una cirugía urgente pasa por la valoración de la situación clínica del paciente, solicitud de pruebas pertinentes necesarias para la confirmación del diagnóstico y tomar la decisión terapéutica a seguir. En caso de precisar cirugía urgente, es necesario preparar adecuadamente al paciente y coordinar con el personal de Quirófano el momento de la intervención en función de la disponibilidad de sala quirúrgica y personal. Además de las intervenciones urgentes, el equipo de cirujanos de guardia atiende las llamadas procedentes del Servicio de Urgencias y de los diversos Servicios de hospitalización.

- El riesgo de dehiscencia de la laparotomía se ve agravado por la tos persistente; el riesgo de dehiscencia anastomótica, por la situación personal del paciente y sus antecedentes médicos.

- La presencia de dolor y distensión abdominal en un paciente postquirúrgico es normal y no significa necesariamente la presencia de abdomen agudo.

- Desde que se detecta el cambio del aspecto del líquido del drenaje y hasta que se interviene el paciente pueden haber pasado 10 horas, pero en ese tiempo se han dado los pasos necesarios para llegar al diagnóstico y poner los medios para la realización de la intervención quirúrgica urgente. Durante esas 10 horas el equipo quirúrgico y radiológico de urgencias continúa trabajando y valorando otros pacientes, priorizando sus actuaciones en función de la urgencia/gravedad de los mismos y en coordinación con otros servicios clínicos que también hacen uso de los mismos recursos (radiológicos y área quirúrgica).

- La intervención inicial a la que fue sometido el paciente tiene unos riesgos asociados de los que se informó al paciente y a sus familiares, tal y como quedó reflejado en la historia clínica y en el documento de consentimiento

informado. Entre ellos se reflejan las complicaciones graves con riesgo de mortalidad. Considero arriesgado afirmar que el adelanto de la hora de intervención del paciente pudiera haber evitado su fallecimiento, dados los antecedentes médicos y la presencia de peritonitis aguda, secundaria a falta de cicatrización a nivel de la anastomosis al 8º día de la intervención (previamente había sido contenida mecánicamente por las grapas de la sutura, quedando ambos cabos intestinales afrontados pero sin cicatrización tisular que sellara la línea anastomótica)".

CUARTO.- Solicitado informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se evacua el 11 de septiembre de 2013 con las siguientes conclusiones:

"1. Que el diagnóstico de la patología que presentaba el paciente, cáncer de colon, fue correcto. El tratamiento para el mismo es el quirúrgico, que fue lo que se le realizó al paciente.

2. El paciente consintió en ser intervenido quirúrgicamente, lo que queda constatado con su firma en los documentos de consentimiento informado para el ingreso, para la cirugía y para ser anestesiado.

3. El paciente presentaba varios antecedentes clínicos de interés, entre ellos diversos factores de riesgo para la evisceración de la laparotomía. Se tomaron las medidas preventivas oportunas para intentar evitarla, pese a lo cual se produjo la misma. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de esta complicación fueron correctos.

4. El paciente falleció por fracaso multiorgánico, secundario a shock séptico abdominal tras presentar dehiscencia de la sutura intestinal.

5. El diagnóstico de la dehiscencia de sutura se realizó correctamente así como el tratamiento de la misma, que es quirúrgico. Ni la presencia de tos ni el EPOC del paciente guardan relación con la misma.

6. Las actuaciones de los profesionales del SMS, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento realizado a x fueron las adecuadas".

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe médico pericial elaborado por un Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, que concluye como sigue:

"1. Tanto el diagnóstico como el tratamiento quirúrgico del tumor de colon fueron los correctos.

2. Existía un alto riesgo de evisceración para lo cual se tomaron las medidas preventivas oportunas.

3. *La dehiscencia de sutura, a diferencia de la evisceración, no guarda relación alguna con la tos del paciente.*

4. *El diagnóstico de dehiscencia de sutura se hizo correctamente.*

5. *El tratamiento de la dehiscencia de sutura fue el correcto, tanto en el tiempo como en la técnica empleada.*

6. *La evisceración junto a la dehiscencia de sutura tienen un alto grado de mortalidad.*

7. *El grado III de riesgo ASA junto al fallo multiorgánico tienen un elevado riesgo de éxito.*

8. *Las actuaciones médicas fueron correctas y adecuadas a la lex artis".*

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, el 29 de octubre de 2013 presentan escrito de alegaciones los reclamantes, para ratificarse en su pretensión inicial al entender que de la instrucción realizada habría quedado acreditada la realidad de los hechos en que se basa la reclamación, señalando, en síntesis, que:

"...el paciente murió por una peritonitis secundaria a una dehiscencia de anastomosis; que la peritonitis es una urgencia cuyo pronóstico está directamente relacionado con la precocidad de la laparotomía; que cualquier servicio de cirugía sabe que una anastomosis tiene un alto riesgo de dehiscencia; que cuando se saben los síntomas y se indica la prueba diagnóstica, que es la TAC, ésta debe hacerse, igual que la cirugía de laparotomía, lo antes posible para salvar la vida al paciente; que el único motivo por el que en este caso no fue así es porque el aparato de la TAC y los quirófanos estaban ocupados; que en todo caso ni siquiera se ha justificado lo anterior".

SÉPTIMO.- Consta en el expediente que por los reclamantes se interpuso recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Murcia, tramitado con número de procedimiento ordinario 671/2012, contra la desestimación presunta de su pretensión. Dicho procedimiento finalizó por Decreto del indicado órgano jurisdiccional de 22 de enero de 2014, en el que se acordaba tener por desistidos a los recurrentes del recurso y se declaraba la terminación del procedimiento.

OCTAVO.- Con fecha 3 de mayo de 2014, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el fallecimiento del paciente, cuya antijuridicidad tampoco habría quedado acreditada en la medida en que no se advierte en la asistencia prestada al enfermo actuación alguna contraria a la *lex artis*.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 28 de julio de 2014.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos en Materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamación fue interpuesta por la viuda e hijos del finado, quienes sufren un evidente daño moral ante la pérdida afectiva que la muerte de un pariente tan cercano conlleva, lo que les confiere legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, cuya prestación se realiza con medios personales y materiales igualmente de su titularidad.

2. La reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que lo fue el 13 de abril de 2012 y el hecho lesivo cabe identificarlo con la muerte del Sr. Pedreño, acaecida el 12 de septiembre de 2011.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo en el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho el previsto (artículo 13.3 RRP).

Esta circunstancia ha llevado a los reclamantes a interponer, ante la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, lo que no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC).

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada *"lex artis ad hoc"* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Para los reclamantes, la asistencia médica prestada al enfermo fue defectuosa en el seguimiento realizado tras la primera intervención quirúrgica, al considerar que no se actuó con la debida presteza ni en la detección de la dehiscencia de la sutura -toda vez que la realización de la TAC se demoró más de lo debido-, ni en el tratamiento a aplicar, en la medida en que aun conociendo la falta de estanqueidad de la anastomosis, no se intervino de forma inmediata al paciente sino que transcurrieron varias horas hasta que ingresó en quirófano. Y todo ello, aun cuando el paciente ya había sido reintervenido por el mismo motivo unos días antes, que padecía tos crónica con el riesgo de dehiscencia que ello conllevaba y que presentaba abdomen agudo (doloroso y distendido), lo que en su caso y por sus antecedentes resultaba una urgencia de primer orden. Entienden que el dejar que la peritonitis evolucionara durante horas sin cerrar de forma adecuada la anastomosis intestinal fue determinante en el fallecimiento del paciente.

Así pues, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, por escatimar la Administración pruebas y recursos que, de haberse practicado antes, hubieran permitido anticipar el diagnóstico de la dehiscencia y aplicar de forma precoz el necesario tratamiento quirúrgico. A la luz de tales argumentos, cabe recordar que la obligación que incumbe a la Administración en la prestación sanitaria es de medios, no de resultados, pues si bien no se le puede exigir una curación en todos los casos, dado el carácter contingente de la salud y la vida de los pacientes, sí que viene compelida a prestar la asistencia sanitaria con el despliegue de todos los medios a su alcance. De no hacerlo así, o de no acreditar su efectiva utilización, el daño devendrá en antijurídico.

La antijuridicidad del daño y el nexo causal entre la actuación administrativa y el daño sufrido, derivarían tanto de la no aplicación de todos los medios diagnósticos adecuados en el momento oportuno como de la ausencia o el retardo excesivo en la instauración del tratamiento procedente, cuestiones que aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencialmente configurado de la "lex artis", como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que en todo momento y bajo cualquier circunstancia se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico. Así, el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se*

produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

Descrita a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervinientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y en qué medida en las horas que transcurrieron entre la aparición o exacerbación de los síntomas de abdomen doloroso y distendido -que los reclamantes califican de abdomen agudo- (sobre las 11 de la mañana) y el momento en que se realizó la TAC (a las 17,24 horas) y se intervino al paciente (a las 21,25), habría resultado exigible anticipar la realización de dichas actuaciones médicas para conseguir un mejor resultado que evitara el fallecimiento de x, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina.

Y examinado el expediente tal actuación valorativa de la asistencia prestada sólo cabe considerarla efectuada en tres documentos, a saber: el informe del cirujano actuante, la pericial médica aportada al procedimiento por la aseguradora del SMS y el informe de la Inspección Médica. Todos ellos valoran positivamente las decisiones tomadas en el proceso asistencial y el momento en que se realizaron sin advertir conductas contrarias a normopraxis.

Frente a la valoración positiva que de la actuación facultativa realizan los médicos informantes y la Inspección Médica, no puede oponerse la mera apreciación de la parte reclamante acerca de la urgencia de la intervención y la inconveniencia de la demora de unas horas en llevarla a efecto, al no apoyar tal consideración en una prueba que, a la luz de la ciencia médica, permitiera desvirtuar el juicio de adecuación a la *lex artis* que de las pruebas practicadas se infiere.

Ha de considerarse, además, que el aparente abandono de la acción por parte de los reclamantes, que han desistido en el proceso contencioso-administrativo, unido a la ausencia de una pericial que otorgue una mínima cobertura técnica a las argumentaciones médicas efectuadas por aquéllos para discutir las apreciaciones médicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a normopraxis de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre el paciente, excusan el análisis exhaustivo de la praxis médica desarrollada, el cual, no obstante, ya se contiene tanto en la propuesta de resolución, como en los informes técnicos obrantes en el expediente y cuya reproducción, al menos en sus términos esenciales, se ha acometido en los antecedentes de este Dictamen.

Baste, por tanto, señalar que de las actuaciones practicadas durante la instrucción del procedimiento, singularmente del informe técnico-médico aportado al expediente por la aseguradora del SMS y, en especial, el de la Inspección Médica, se desprende que la actuación de los facultativos intervinientes fue ajustada a normopraxis y que el fallecimiento del paciente no se debió a una eventual negligencia médica ni a un retardo excesivo en la intervención de la dehiscencia, sino a una complicación no provocada por la actuación sanitaria -que estaba plenamente indicada- y que no pudo superarse a pesar de aplicar todos los medios disponibles y el tratamiento correcto.

En efecto, coinciden los informes de la aseguradora y de la Inspección Médica en que la indicación de la técnica quirúrgica inicial para el tratamiento del cáncer de colon diagnosticado fueron correctos: resección y anastomosis término-terminal. El paciente presentaba un riesgo elevado de sufrir evisceración abdominal debido a la EPOC y la tos crónica que padecía, complicación ésta que se produjo tras la primera intervención a pesar de haber aplicado un tratamiento previo a la intervención, para mejorar el proceso respiratorio, y en el postoperatorio, con fisioterapia respiratoria.

A pesar de estas actuaciones preventivas, se produce la evisceración abdominal (complicación con altas tasas de morbilidad, hasta un 45% de mortalidad), siendo reintervenido el paciente, de forma adecuada.

La segunda de las complicaciones que se produce -con tasas de mortalidad que varían entre el 30 y el 80%- y que fue determinante en el fallecimiento del paciente es la dehiscencia de sutura intestinal, que se debe a la falta de cicatrización tisular por las condiciones propias del enfermo, sin que pueda achacarse a una actuación contraria a la *lex artis*. Su diagnóstico se alcanza mediante la realización de una TAC abdominal con contraste. La ingesta de éste por vía oral precisa de unas horas (entre dos y cuatro) para alcanzar el colon, por lo que desde que se decide la realización de la prueba hasta que se puede obtener la imagen diagnóstica de forma efectiva, necesariamente ha de pasar dicho período de tiempo para que el contraste llegue al órgano diana.

En cuanto a la demora de unas cuatro horas en la intervención, una vez objetivada la dehiscencia de sutura intestinal por la TAC, coinciden los informes obrantes en el expediente en que la existencia de una peritonitis aguda difusa, si bien puede calificarse de urgencia necesaria, no lo sería vital, que sí exige una operación quirúrgica inmediata y sin demora para salvar la vida del paciente. En el caso de la urgencia necesaria, aun siendo obligada la intervención, el pronóstico no empeora con una espera de unas horas, que puede ser el tiempo necesario para completar un estudio o por motivos de demora asistencial en la organización del hospital. Así, señala la Inspección Médica de forma tajante que *"la demora de cuatro horas entre la indicación y la realización de la cirugía en una intervención urgente que no puede calificarse de urgencia vital no excede del tiempo considerado razonable en un hospital"*.

En cualquier caso, tampoco puede aceptarse el planteamiento de la reclamación en el sentido de que el adelanto de unas horas en la intervención hubiera mejorado el pronóstico evitando el fallecimiento del paciente, extremo éste puesto en duda por el cirujano actuante cuando apunta que considera *"arriesgado afirmar que el adelanto de la hora de intervención pudiera haber evitado su fallecimiento, dados los antecedentes médicos y la presencia de peritonitis aguda, secundaria a falta de cicatrización a nivel de la anastomosis al 8º día de la intervención (previamente había sido contenida mecánicamente por las grapas de la sutura, quedando ambos cabos intestinales afrontados pero sin cicatrización tisular que sellara la línea anastomótica)"*.

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por los reclamantes -a quienes corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, al no poder considerar acreditada la presencia en el supuesto sometido a consulta de dos elementos exigidos por el ordenamiento para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, como son el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño por el que se reclama y la antijuridicidad de éste.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no apreciar la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

No obstante, V.E. resolverá.

