



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **245/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de octubre de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 5 de mayo de 2022 (COMINTER 129488 2022 05 05-02 19) y discos compactos (CD) recibidos en la sede de este Consejo Jurídico el día 9 de mayo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_152), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de abril de 2021 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X y de D.^a Y y D. Z, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que sus mandantes son la viuda y los hijos, respectivamente, de D. P, que falleció el 17 de mayo de 2020, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Universitario *Los Arcos del Mar Menor* (HULAMM) de San Javier, con los diagnósticos de *“Postoperatorio inmediato de isquemia mesentérica. Hemicolecotomía derecha (y) Fracaso multiorgánico”*.

Destaca que el paciente padecía un cuadro ansioso-depresivo de larga duración y que en enero de 2020 experimentó una sobreingesta de benzodicepinas por la que se le tuvo que atender, durante un corto período tiempo en ese hospital.

Por otro lado, relata que el familiar de los interesados ingresó el 18 de febrero de 2020 en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HUSL) de Cartagena, por haberse lesionado con un arma blanca.

Se le intervino de urgencia sin incidencias, se le colocó un tubo de Kerh para facilitar el drenaje biliar y se le realizó una colecistectomía.

El 13 de marzo siguiente, mientras seguía ingresado a cargo del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, se le efectuó una colangiografía trascolecística y en la exploración se pudo observar una *“fuga de contraste a nivel de la unión de hepático común con el colédoco sin poder identificar el punto exacto. No se puede descartar que sea fuga peritubo”*.

El letrado expone que se le concedió el alta al paciente el 15 de marzo de 2020 y que en el apartado sobre *Evolución clínica* del informe se señala que *“Por Kerh disminución progresiva de bilis por el mismo, siendo el débito de los últimos días <50. Se realiza colangio con paso de contraste y dudosa fuga peritubo seguramente debida a la presión del contraste”*. En el apartado referente a *Tratamiento* se expone *“Tubo de Kerh abierto,*

contabilizar salida de bilis. Volverá a consulta el 27 de marzo (vía telefónica). Si alguna clínica volver a consultas externas”.

Añade que el enfermo regresó el 15 de mayo al Servicio de Urgencias del HUSL “por dolor abdominal en HCD (Hemicolectomía derecha) de 48 horas de evolución sin fiebre asociada. Con dolor en hemiabdomen superior. La familia refiere que tras manipulación de drenaje para cambiar bolsa. Disminución del débito”.

Por ese motivo, se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) urgente que informó de “Tubo de Kehr aparentemente bien posicionado. Con extremo distal en el colédoco. Leve cantidad de líquido libre en pelvis. Laceración hepática, ya conocida”. Se le dio el alta ese mismo día.

Al día siguiente acudió al Servicio de Urgencias del HULAMM y a la 1:20 h del 17 de mayo de 2020 se le efectuó una TAC abdomino-pélvica urgente con contraste, que permitió emitir el diagnóstico de isquemia mesentérica.

Por ese motivo, se le ingresó para someterlo a una laparotomía exploratoria urgente que se llevó a cabo ese mismo día 17. Se realizó “retirada de tubo de Kehr (colocado el 18 de febrero de 2020, hace más de 40 días) y adhesiolisis atraumática hasta lograr liberar asa atrapada. Vaciado parcial de contenido de ID a través de mini-enterotomía en asa afectada (zona de resección) para facilitar movilización de ID. Hemicolectomía derecha incluyendo últimas 40 cm de íleon, ciego y colon ascendente hasta transición a ángulo hepático”.

Cuando se le trasladó a la UCI tras la intervención, el paciente sufrió una hipotensión progresiva, que no mejoró con volumen ni con aumento de noradrenalina, que vino acompañada de bradicardia extrema sin que se consiguiese una recuperación tras administrar atropina. Poco tiempo después, el familiar de los reclamantes falleció.

El letrado destaca que el estudio anatomopatológico del material quirúrgico extirpado fue informado como “Hemicolectomía derecha: cambios histopatológicos de isquemia intestinal con abundante hemorragia”.

Debido a esas circunstancias, el abogado sostiene que el incorrecto manejo intra y postoperatorio del drenaje de Kehr propiciaron las complicaciones quirúrgicas que motivaron el fallecimiento del paciente, que eran previsibles y evitables con una adecuada sujeción a la *lex artis* de la Medicina y de la Cirugía.

Por este motivo, los interesados solicitan una indemnización total conjunta de 294.003,82 € con arreglo al siguiente desglose:

- Para la viuda D.^a X, indemnizaciones por un perjuicio básico de 125.372,23 €, un daño emergente de 421,42 € y un lucro cesante de 93.619 €, lo que hace un total reclamado de 219.412,65 €.
- Para la hija D.^a Y, indemnizaciones por un perjuicio básico de 21.070,95 €, un perjuicio particular de 31.606,43 € y un daño emergente de 421,42 €, lo que hace una suma de 53.098,80 €.
- Para D. Z, indemnizaciones por un perjuicio básico de 21.070,95 € y un daño emergente de 421,42 €, lo que suma 21.492,37 €.

Junto con la solicitud de indemnización aporta copias de la escritura del apoderamiento conferido a su favor por los interesados, del Libro de Familia, del certificado de empadronamiento de los reclamantes expedido por la Directora de la Oficina del Gobierno Municipal del Ayuntamiento de Cartagena y de una comunicación del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), fechada en enero de 2020, de revaloración de la pensión mensual que percibía el fallecido.

Por último, se adjuntan numerosos documentos de carácter clínico, entre los que destaca un informe de Anatomía Patológica elaborado el 22 de mayo de 2020.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 29 de abril de 2021 y con esa misma fecha se comunica ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual modo, ese día se solicita a las Direcciones Gerencia de las Áreas de Salud II-HUSL y VIII-HULAMM que

remitan copia de las historias clínicas del paciente fallecido de las que respectivamente dispongan, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los facultativos que le asistieron.

TERCERO.- El 12 de mayo de 2021 se recibe en dos discos compactos (CD) la copia de la historia clínica solicitada a la Dirección Gerencia del Área de Salud VIII-HULAMM y el informe realizado ese mismo día por el Dr. D. Q, facultativo especialista de Área en el Servicio de Cirugía General, en el que expone lo siguiente:

Que tuvo *“primer conocimiento y contacto con [el paciente], la madrugada del día 17/05/2020.*

· Que tuve contacto porque fui avisado telefónicamente (como Cirujano de Guardia) desde el Servicio de Urgencias del Hospital ante los resultados del Escáner (Tomografía Axial) realizado [al paciente] a las 0:11 e informado a las 01:20 del día 17/05/2020 en el que se informaba “Hallazgos compatibles con isquemia mesentérica con neumatosis parietal de intestino delgado (yeyuno) y neumatosis portal y de venas mesentéricas. Signos de isquemia hepática en lóbulo izquierdo”.

· Que en el momento de tener contacto con él observé que su vida se encontraba en gravísimo peligro por las lesiones descritas en la Tomografía

Axial.

· Que tras establecer diagnóstico se indicó cirugía urgente la misma noche con intención de salvar su vida. Firmando el paciente el preceptivo consentimiento informado.

· (...).

· Que se actuó CON LA MAXIMA CELERIDAD (dada las circunstancias de la Pandemia) para intervenir al paciente.

· Que al proceder a la intervención quirúrgica encontramos graves lesiones intestinales (Isquemia) producidas por un vólvulo del intestino distal (ileon y colon derecho) relacionado con la presencia de un tubo de Kher.

· Que se realizaron todas las medidas quirúrgicas adecuadas, con el objetivo de salvar la vida [del paciente]: entre ellas extirpar el segmento de intestino afectado y retirar el tubo de Kher que se asociaba a dicha lesión.

· Que la intervención finalizó pasadas las 4:30 de la madrugada.

· Que, a continuación, el paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde falleció a las pocas horas debido a la gravedad de su situación.

· Que el informe Anatomopatológico (que se adjunta) corrobora el diagnóstico clínico, de Escáner y hallazgos quirúrgicos: ISQUEMIA INTESTINAL.

· Que las lesiones estaban causadas por la volvulación de un segmento

intestinal alrededor de un drenaje de Kher repetidamente mencionado.

· Desconozco el motivo por el que el paciente llevaba el tubo de kher, puesto que no soy responsable de su colocación y seguimiento (que se hizo en otro centro sanitario).

· Que desconozco las consecuencias (si las hubo) de la manipulación por la familia del citado drenaje (como expone el informe de UCI y del HUSL).

CONCLUYO:

Que ignoro las circunstancias previas a la desgraciada lesión que sufrió [el paciente] (Isquemia Intestinal). No pudiendo aportar información en cuanto a:

* La INDICACION de la colocación del drenaje de Kher

* El SEGUIMIENTO del mismo”.

CUARTO.- Con fecha 11 de mayo de 2021 se recibe la copia de la historia clínica de Atención Especializada del paciente que se le solicitó a la Dirección Gerencia del Área II-HUSL.

El día 20 de ese mes se recibe la copia de la historia clínica de Atención Primaria que se le había enviado por el Centro de Salud Cartagena-Oeste.

QUINTO.- El 27 de mayo de 2021 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica para que se puedan elaborar los informes periciales y valorativo correspondientes.

SEXTO.- El 4 de octubre de 2021 se recibe el informe realizado el 7 de septiembre anterior por el Dr. D. R, Jefe de Servicio de Urgencias del HUSL, en el que explica que el familiar de los interesados “fue asistido en el servicio de Urgencias en fecha de 18/02/2020 trasladado por el 061 por lesión por arma blanca de forma autolítica.

• En su informe describen que el paciente se encuentra en cama boca abajo y presenta lesión en abdomen y refieren que han recogido un cuchillo de unos 20 cm de longitud. (...).

• En urgencias a su ingreso se le cogen dos vías venosas, se realiza extracción de analítica, se pide sangre para cruzar y reservar, se mantiene sueroterapia y monitorización. Tras esto se solicita valoración por cirugía que indica su ingreso y decide subir al paciente a quirófano para exploración y tratamiento.

En fecha 15/05/2020, el paciente acude a urgencias por presentar dolor abdominal desde el ese día sin asociar fiebre, tiritona o escalofríos.

• El paciente es portador de un tubo de Kehr y refiere que en ese día y en el de ayer, tras la manipulación del drenaje para cambiar bolsa no ha presentado apenas salida de bilis. (El tubo de Kehr es un instrumento utilizado como drenaje biliar después de la cirugía sobre la vía biliar principal).

• El paciente refiere dolor abdominal generalizado de tipo cólico en todo el abdomen. Niega coluria. Acolia. Se le realiza gasometría venosa siendo esta normal; analítica de sangre donde no se aprecia leucocitosis, anemia ni elevación de reactantes de fase aguda (PCR, fibrinógeno). Hay solo una ligera elevación de transaminasas (GPT de 89; valor normal hasta 41).

• Se solicita estudio radiológico a criterio del servicio de rayos (ecografía o TAC abdominal) para descartar presencia de patología abdominal aguda o mal posicionamiento del Kehr que pudiera ocasionar la clínica. El servicio de radiología le realiza un TAC abdominal con contraste intravenoso: donde se identifica el tubo de Kehr con entrada por FID, siguiendo un trayecto ascendente interasas, adyacente a ángulo hepático del colon y con extremo distal en el colédoco. No se aprecian colecciones pericatéter ni otras alteraciones valorables. Hay una leve cantidad de líquido libre en pelvis. No hay colecciones intraabdominales organizadas ni gas extraluminal. Se aprecia una colecistectomía. No hay dilatación de la vía biliar intrahepática. El hígado presenta morfología y tamaño normal, con lesión hipodensa, de morfología triangular, en segmento II, compatible con laceración, ya conocida. No se aprecian otras lesiones focales. Vena porta permeable. Bazo, páncreas, glándulas suprarrenales y riñones sin alteraciones significativas. No se aprecian adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni pélvicas. Ateromatosis aortoiliaca calcificada. Cambios degenerativos en columna dorsolumbar. **CONCLUSIÓN:** Tubo de Kehr aparentemente bien posicionado, con extremo distal en el colédoco. Leve cantidad de líquido libre en pelvis. Laceración hepática, ya conocida.

• Tras los resultados de TAC se comenta el caso con el servicio de cirugía, tras valorar al paciente y presentar mejoría de la clínica se decide el alta para acudir el lunes día 18/05/20 y consulta de cirugía a las 10:00”.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un informe pericial, elaborado el 29 de junio de 2021 a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

“1. [El paciente] se infligió un apuñalamiento sobre zona epigástrica abdominal el 18-02-2020. Dicho apuñalamiento originó lesiones internas muy graves según se pudieron apreciar en la cirugía efectuada por dicho motivo, que interesaban el hígado, atravesando su lóbulo izquierdo, dirigiéndose hacia el hilio hepático, hiriendo el duodeno creando un hematoma sangrante, seccionando parcialmente el colédoco, determinando salida de bilis, e hiriendo la vena cava.

2. La cirugía efectuada en el Hospital de Santa Lucía del servicio Murciano de Salud, fue esencial para salvar la vida [del paciente], pues las lesiones eran mortales sin tratamiento, tanto por el sangrado como por la lesión de vía biliar con salida de bilis a peritoneo.

3. La sección parcial de la vía biliar en la zona del colédoco fue reparada quirúrgicamente mediante sutura de la herida y colocación de un drenaje de Kehr. Tal tratamiento es correcto según la praxis médica habitual, pudiendo considerarse un estándar de tratamiento de dicho tipo de lesión.

4. Tras la intervención, en el postoperatorio se efectuó un control mediante colangiografía a través del conducto de Kehr. Tal control y la actitud seguida tras el mismo es correcto según la práctica médica habitual.

5. El día 15-05-2020 se comprobó la correcta posición del drenaje de Kehr por TAC. El día 16-05-2020 [el

paciente] acudió a urgencias apreciándose clínica de irritación peritoneal y en TAC urgente hallazgos de isquemia intestinal, por lo que se efectuó intervención quirúrgica urgente. En la intervención, efectuada en el Hospital Los Arcos del Mar Menor, del Servicio Murciano de Salud, se apreció intestino delgado isquémico y adherido en la zona donde tuvo las heridas autoinfligidas previamente y donde fue operado. La situación patológica fue interpretada como volvulación entre mesenterio y tubo de Kehr.

6. Dado que el tubo de drenaje de Kehr no ofrece consistencia para producir una volvulación y no es típica esta complicación, no siendo descrita habitualmente como complicación del drenaje de Kehr, y que la causa más frecuente de isquemia-volvulación de intestino delgado son las adherencias, es mucho más probable que el proceso isquémico intestinal que se apreció se debiera a las propias adherencias motivadas por las lesiones producidas por la herida de arma blanca y la operación posterior. De hecho, reforzando lo anterior, el intestino no quedó liberado tras retirar el drenaje de Kehr sino tras efectuar múltiples gestos quirúrgicos de liberación de adherencias en la zona. Dichas adherencias producidas por las heridas infligidas y la cirugía necesaria para tratar las mismas, eran consecuencia inevitable de lo anterior, y no consecuencia de un mal manejo médico en el tratamiento.

7. Aunque se hubiese producido la complicación insólita de volvulación intestinal en torno a un drenaje de Kehr, este drenaje había sido necesario como proceso de tratamiento, y había sido bien seguido conforme a la práctica médica habitual, no encontrándose mala indicación, mala praxis o mal manejo del drenaje de Kehr”.

El 14 de octubre de 2021 se envía una copia de este informe pericial a la Inspección Médica.

OCTAVO.- El 28 de octubre de 2021 se recibe el informe realizado el 17 de septiembre por la Dra. D.^a S, Jefe de Sección de Cirugía General y Digestiva del HUSL, en el que se expone lo que se transcribe a continuación:

“El 18 de febrero del 2020, el paciente fue intervenido de urgencias tras sufrir herida de arma blanca, la cual ocasionó: laceración hepática, lesión en cava y sección total de colédoco. Se realizó una laparotomía media: sutura de vena cava, hemostasia de laceración hepática y sutura de colédoco sobre tubo de kerh. Antes del alta, el 13 de Marzo de 2020, se realiza colangiografía transkehr que informa de fuga del contraste a nivel de la unión de hepático común con el colédoco sin poder identificar el punto exacto, no pudiéndose descartar que sea fuga peritubo. Ante estos hallazgos y la mejoría clínica del paciente, se decide el 15 de Marzo de 2020 dar el alta al paciente con el tubo de kehr.

Posteriormente, fue revisado en consulta no encontrando complicación del mismo y con mínima salida de bilis. En el informe de alta, se indica que ante cualquier síntoma acudiera de nuevo a consulta.

El 15 de Mayo de 2020, consulta en puerta de Urgencias del HUSL por presentar dolor abdominal de 48 h. de evolución secundario a manipulación de drenaje tras cambiar bolsa. Se le realizó analítica y tac abdominal. El TAC informó de tubo de Kehr aparentemente bien posicionado, con extremo distal en colédoco.

En respuesta al octavo punto:

- “El manejo del drenaje de Kehr intraoperatorio fue correcto”. Ante una sección completa de un colédoco de tamaño normal, no dilatado, la sutura del mismo se debe realizar sobre un tubo de Kehr para evitar la estenosis de la anastomosis, así como para prevenir las complicaciones secundarias a la misma.

- *“El manejo postoperatorio igualmente no fue incorrecto”. Al detectar en colangiografía sospecha de fuga, está indicado dejar el Kehr durante 2-3 meses hasta confirmar que no existe fuga ni estenosis.*

El seguimiento del tubo de Kehr implica la realización de colangiografía y comprobación de la no existencia de fuga y paso de contraste a duodeno, descartando estenosis; cuando esto es así, se debe mantener pinzado entre 48-72 h, si durante este periodo no aparece dolor, ictericia u otra complicación entonces debe ser retirado.

El paciente durante el postoperatorio fue revisado en consultas de forma adecuada”.

NOVENO.- El 4 de noviembre se envían copias de los informes realizados por el Dr. T y la Dra. S a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- Se contiene en el expediente administrativo un correo electrónico dirigido por una Técnica de Reclamaciones Sanitarias al instructor del procedimiento, el 27 de diciembre de 2021, en el que le informa de que se le ha facilitado al perito los nuevos informes que se han incorporado pero que no considera que contengan información que justifique que deba modificar el informe que realizó.

UNDÉCIMO.- El 7 de febrero de 2022 se concede audiencia a los interesados y a la compañía aseguradora del SMS para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes.

DUODÉCIMO.- El abogado de los reclamantes presenta un escrito el 30 de marzo de 2022 en el que manifiesta que se ratifica en el contenido de la reclamación que formuló en nombre de sus mandantes.

Además, sostiene que el tubo de Kher que se le colocó al paciente en la intervención que se le realizó el 18 de febrero de 2020 se le debió haber retirado antes de los sucesos que se produjeron en el mes de mayo siguiente.

De igual modo, argumenta que en la segunda operación, que se efectuó el 17 de mayo de 2020, se apreció la existencia de un “*ojal entre el mesenterio y el tubo de Kehr*” que se debió haber cerrado durante la primera cirugía, lo que hubiera evitado el vólvulo intestinal y el fallecimiento del paciente.

En tercer lugar, expone que el tubo de Kher era el causante del vólvulo por las adherencias que se había producido entre el asa atrapada -herniación a través del ojal del mesenterio no cerrado- y el propio tubo.

Por último, considera que se incurrió en retraso en el diagnóstico de “*isquemia mesentérica por obstrucción intestinal*” y que, a la vista de los síntomas que experimentaba el enfermo el 15 de mayo de 2020, debió haber quedado ingresado en observación, lo que hubiera permitido alcanzar un diagnóstico precoz de la citada isquemia. A eso añade que una cirugía descompresiva -precozmente efectuada- hubiera modificado sustancialmente el infausto pronóstico vital del paciente.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 3 de mayo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no haberse acreditado la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 5 de mayo de 2022, que se completa con la presentación de varios CD cuatro días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un

procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral se ha interpuesto por la viuda y los dos hijos mayores de edad del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia que se ha presentado, a tal efecto, del Libro de Familia.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 17 de mayo de 2020 y la solicitud de indemnización se presentó el 16 de abril del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

III. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los reclamantes no han presentado ningún informe pericial que les permita sostener la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.

2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 ha de esperar de los servicios 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, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Como ya se ha expuesto, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 294.003,82 € como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que se produjo el 17 de mayo de 2020, en el HULAMM, debida a una isquemia mesentérica por obstrucción intestinal.

En este sentido, el abogado sostiene que el incorrecto manejo intra y postoperatorio del drenaje de Kehr que se le colocó al enfermo en la primera operación que se le realizó propició las complicaciones quirúrgicas que motivaron su posterior fallecimiento, que eran previsibles y evitables con una adecuada sujeción a la *lex artis*.

Además, considera que se diagnosticó de forma tardía que el enfermo padecía la citada isquemia y que eso impidió que se le practicara de forma precoz una cirugía descompresiva que hubiera modificado sustancialmente el pronóstico vital del paciente.

Sin embargo, los interesados no han presentado alguna prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para acreditar el incorrecto manejo del tubo de Kehr al que se refieren ni el mencionado retraso diagnóstico. En

este sentido, se debe recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba y que resulta aplicable, asimismo, en materia de procedimiento administrativo, obliga a los reclamantes a demostrar los hechos en los que funden sus reclamaciones.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado a las presentes actuaciones la documentación clínica completa del paciente fallecido y los informes de los distintos especialistas que lo trataron (Antecedentes tercero, sexto y octavo de este Dictamen)

Asimismo, ha traído al procedimiento (Antecedente séptimo) un informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

En él se explica que, tras la operación inicial, se efectuó un control postoperatorio radiológico del drenaje de Kehr que permitió apreciar un buen paso de contraste al intestino, lo que implicaba que no se obstaculizaba el paso de la bilis, y también algo de escape de contraste. No se pudo determinar si se producía esa fuga a través de la zona reparada en la cirugía o por medio del propio tubo en su inserción en la vía biliar, posibilidad -esta última- que ocurre muchas veces con esta técnica al inyectar a presión. Se determinó por ello dejar el tubo abierto, es decir, dejando salir libremente la bilis por el drenaje, evitando la presión. En este sentido, el perito considera que esa decisión constituye un correcto manejo posoperatorio del drenaje de Kehr, ajustado enteramente a la práctica médica habitual (Conclusiones 3ª y 4ª).

El 15 de mayo se pudo constatar, mediante una TAC abdominal urgente porque el paciente se quejaba de molestias, que el drenaje se encontraba bien posicionado, con su extremo dentro del conducto, y que no se había desplazado.

Al día siguiente se apreció que presentaba irritación peritoneal, por lo que se efectuó de urgencia una nueva TAC que permitió diagnosticar la isquemia y que motivó que se le operase ese mismo día, también con urgencia. Estas circunstancias desvirtúan por completo la alegación de retraso diagnóstico y de falta de realización de una cirugía descompresiva.

En la intervención se constató la existencia de una zona de intestino que se encontraba isquémica por un proceso de atrapamiento volvulado (Conclusión 5ª).

Según expone el perito en el número 10 del apartado de su informe referido titulado *“Consideraciones sobre el caso que nos ocupa”*, que *“Dicho proceso de atrapamiento del intestino se localizaba sobre la zona de la anterior intervención, que presenta un proceso adherencial intenso. Se aprecia también según la descripción de la intervención que el segmento de intestino necrosado y adherido pasa a través de un ojal constituido por mesenterio y también el drenaje de Kehr que portaba.*

En la intervención se efectuó la liberación de la zona intestinal isquémica, constatándose según dicho informe que fue muy laborioso por las adherencias, no bastando retirar el drenaje de Kehr para lograrlo, sino que fue preciso despegar adherencias e incluso abrir el intestino para vaciarlo de su contenido y ayudar con ello a la maniobra de liberación”.

Acerca de la causa de esa valvulación, el perito explica detenidamente en el número 12 de dicho apartado del informe, y sintetiza en la Conclusión 6ª, que lo más probable es que el proceso isquémico intestinal se debiera a las propias adherencias que se habían causado por las lesiones producidas por la herida de arma blanca que se había infligido y la operación posterior, y no por un mal manejo médico del drenaje. De hecho, añade, que el intestino no quedó liberado tras retirar el drenaje de Kehr sino tras efectuar múltiples gestos quirúrgicos de liberación de adherencias en la zona.

A eso conviene añadir, como se expone en el referido número 12, que *“la complicación específica de vólvulo de intestino sobre el drenaje de Kehr es un posible caso que este perito no ha visto nunca* (en el número 13 lo califica, además, de *“insólito”*) *y que no es fácil de encontrar descrito en la bibliografía médica tras la búsqueda específica de “complicaciones del tubo de Kehr” y “causas de vólvulo intestinal”.*

Por último, insiste en que colocar un tubo de Kehr en aquella cirugía se correspondía enteramente con las

indicaciones de la práctica médica habitual (conclusión 7ª) y que, por el contrario, no haberlo hecho sí que hubiese carecido de justificación (número 13 del apartado “*Consideraciones sobre el caso que nos ocupa*”, ya citado).

Como conclusión y pese al lamentable desenlace que se produjo, se debe entender que no existe relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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 por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

