



Dictamen nº 71/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de marzo de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 16 de octubre de 2023 (COMINTER 243323), y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 19 de octubre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_329), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 22 de junio de 2017, un abogado, en nombre y representación de D. Z, D. Y y D.^a P (los reclamantes), presentan, ante el Servicio Murciano de Salud (SMS), reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados por la muerte de su esposa y madre (la paciente), respectivamente, el día 12 de julio de 2016, como consecuencia del tratamiento recibido en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), en Murcia.

Relatan los reclamantes lo siguiente:

Como antecedente, relatan que la paciente fue sometida a un trasplante cardíaco en mayo de 2012.

Que el 14 de julio de 2015 ingresó en el Servicio de Medicina Interna del HUVA para estudio, ya que tras una ecografía se evidenció una masa retroperitoneal izquierda confirmada con TAC. Se le realiza un PAAF (biopsia con aspiración de aguja fina) que informa de ausencia de células tumorales, decidiéndose tratamiento ambulatorio con control radiológico y, en función de la evolución, realizar técnicas diagnósticas o escisión de dicha masa.

El 16 de noviembre de 2015, la paciente fue revisada en Consultas Externas de Medicina Interna del HUVA haciendo constar como diagnóstico en el informe de alta: masa retroperitoneal izquierda; trastornos motores esofágicos y trasplante cardíaco.

El 9 de mayo de 2016 en consulta externa se decide ingreso programado de la paciente para escisión de la masa. El 18 de mayo de 2016 se hace TAC-PET y al día siguiente se realiza biopsia de la masa retroperitoneal, informando Anatomía Patológica de "Leiomioma de grado intermedio". La paciente es intervenida el 24 de mayo de 2016 mediante laparotomía media, supra e infraumbilical, comprobándose la existencia de una gran masa retroperitoneal que afectaba al riñón izquierdo, el ángulo esplénico del colon, el colon descendente y el uréter izquierdo. Se efectuó resección de colon izquierdo, con anastomosis colorrectal y uretero-nefrectomía izquierda, siendo satisfactoria la evolución postoperatoria inmediata.

La paciente tuvo una buena evolución hasta el 8º día del postoperatorio, que comienza con leve distensión abdominal, objetivándose en pase de planta del sábado salida de material fecaloideo a través de la herida, decidiéndose intervención quirúrgica urgente. Advierte el reclamante que, en los controles de evolución clínica del día 2 de junio, a las 14:33 se dejó constancia de que se realiza cura por infección de TCS con salida de abundante pus, y el día 3 de junio se cura de nuevo la herida, que presenta buen aspecto sin rastro de material fecaloideo, estando la paciente sin fiebre y con buen estado general. El día 4 de junio de 2016 a las 10:47 h., al realizarla cura, se observa nuevamente material fecaloideo. Se indica revisión por la tarde y posible intervención esa misma tarde o a la mañana siguiente.

El 4 de junio de 2016 se realiza intervención quirúrgica, donde se halló una dehiscencia completa de la anastomosis colorrectal con salida de material fecaloideo en el compartimento inframesocólico. Tras la cirugía la paciente ingresó en la Unidad de Reanimación, presentando un postoperatorio inmediato tormentoso. Se repitió el TAC abdominal el día 7 de junio que concluyó: "Resolución de la colección intraabdominal a nivel de hipocondrio-flanco izquierdo con escasa cantidad residual de líquido libre no coleccionado. Colección en pared abdominal izquierda que ha aumentado de tamaño con respecto a estudio previo. Colecciones en espacio perihepático-subhepático, raíz del mesentero, lecho de la nefrectomía y FID sin cambios de tamaño". El 8 de junio de 2016 se trasladó a la paciente a UCI en donde finalmente fallece el 12 de junio a las 15:00 horas.

Solicita indemnización total de 400.000 euros.

Acompaña a su reclamación, poder para pleitos y diversos informes de la medicina pública.

SEGUNDO. - Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 27 de julio de 2017, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

De igual modo, la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I (HUVA).

TERCERO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales, del HUVA, han emitido informe:

1. El Dr. Q, del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, que indica:

"Paciente de 67 años de edad entre cuyos antecedentes destaca un trasplante cardíaco en 2012. Además VHC positivo. Actualmente en tratamiento inmunosupresor. Esta paciente fue valorada en nuestra unidad de sarcomas por masa en flanco izquierdo de más de un año de evolución.

En este sentido y atendiendo a los 5 puntos referidos en el hecho número 10º de lo reclamación puntualizar que desconocemos la evolución, tratamiento e interpretación de la masa antes de nuestra evolución (punto A).

Una vez conocida la enferma por nuestra unidad, su diagnóstico y estadificación se realizó en menos de quince días, lo que incluía TAC, PET-TAC y PAAF, con el diagnóstico final de leiomioma retroperitoneal izquierdo con afectación renal y colónica. Se trata por tanto, de un tumor localmente avanzado, potencialmente resecable y de mal pronóstico oncológico.

Una vez estadiada y evaluada desde el punto de vista anestésico, se decide tratamiento quirúrgico, el único potencialmente curable, efectuándose una resección compartimental en bloque, técnica quirúrgica reconocida actualmente como la única capaz de proporcionar altas tasas de resecciones RO y por tanto capaz de prevenir la recurrencia local.

Tal y como se advirtió a todos los actores de este proceso, se trata de una cirugía de alto riesgo, más aún en una paciente de las características de ésta, ya que estaba inmunodeprimida, lo cual altera notablemente su capacidad de cicatrización. Aun así, se efectuó resección de la masa tumoral junto a colon izquierdo, sigma y riñón izquierdo con una anastomosis digestiva colorectal.

Como pueden imaginarse, la anastomosis colorectal se efectuó con todas las garantías posibles, lo cual no significa que el riesgo de dehiscencia fuera inexistente.

Las consideraciones que se hacen en el punto B respecto de la isquemia y tensión de la anastomosis están totalmente fuera de lugar, pues los cirujanos se aseguran una buena vascularización del muñón a anastomosar (éste sangra al corte) y ausencia de tensión, para lo que se efectúa, tal y como se hizo con esta enferma, una liberación completa de todo el marco cólico.

Aparte de estos hechos, los factores implicados en la cicatrización/ dehiscencia de una anastomosis son múltiples y quedan fuera del espectro de este informe.

La evolución postoperatoria inicial fue muy satisfactoria. Sin embargo, al noveno día post operatorio, se evidencia manchado por la herida quirúrgica. Normalmente, la dehiscencia anastomótica suele manifestarse entre el quinto y el séptimo día, desarrollándose con dolor abdominal súbito y afectación grave del estado general. La paciente no manifestó estos síntomas y el manchado por la herida quirúrgica fue intermitente por lo que el diagnóstico inicial fue de fistula de bajo débito.

Para así constatar este diagnóstico se realizaron dos TAC abdominales en 24 horas junto a repetidas visitas médicas a la paciente para valorar su estado general.

En el primero de los TAC solo se evidenció una pequeña colección retroperitoneal y otra en Douglas, hallazgos estos muy frecuentes tras la cirugía compartimental retroperitoneal y que no obligan a tratamiento alguno. No fue sino hasta el segundo TAC efectuado a iniciativa médica a la búsqueda directa de una pequeña dehiscencia cuando ésta finalmente se demostró. Fue entonces cuando se decidió la intervención quirúrgica inmediata.

En atención al punto C, tan solo comentar que la demora que se considera intolerable no lo es tanto en atención a lo expresado con anterioridad, más aún si tenemos en cuenta que una fistula de bajo débito o las colecciones retroperitoneales postoperatorias no requieren tratamiento quirúrgico alguno y suelen ceder de forma conservadora. Estos hechos son especialmente ciertos en paciente de alto riesgo como ésta en donde una reintervención supone una elevada tasa de complicaciones "per se".

La evolución post-operatoria es la propia de una paciente inmunodeprimida con un foco infeccioso intraabdominal. Su tratamiento, a mi juicio, fue el adecuado, con un correcto soporte hemodinámico y respiratorio y cobertura antibiótica. Las colecciones postoperatorias después de este tipo de cirugía son muy frecuentes y solo aquéllas que aumentan de tamaño y se sospecha que puedan estar infectadas precisan de drenaje radiológico, tal y como se hizo. Con ello queremos remarcar, en atención al punto D, que el manejo postoperatorio no fue, en absoluto, pobre.

En relación al punto E, no puedo considerar que el fallecimiento de la paciente fuera previsible y evitable. Si fuera así, tengan la seguridad de que jamás la paciente hubiera tenido el desenlace que tuvo. La cirugía, y en particular, la cirugía oncológica en pacientes de alto riesgo implica una morbimortalidad a día de hoy reducida pero inevitable

Finalmente, lamentar el trágico desenlace de esta paciente".

2. La Dra. R, facultativo del Servicio de Medicina Interna, que indica:

"La paciente Doña S fue valorada por mí, por primera vez en la Consulta de Medicina Interna el 13 de julio de 2015 (documento 374 de las actuaciones trasladadas) donde fue remitida desde el Servicio de Cardiología del H. Virgen de la Arrixaca para estudio de masa retroperitoneal.

Tras valoración clínica se decide ingreso programado prioritario (documento 92 de las actuaciones trasladadas) ingresando a las 24 horas de ser vista en consultas, el 14 de julio de 2015.

Se trataba de paciente de 66 años con antecedentes de trasplante cardiaco en mayo de 2012 por miocardiopatía dilatada familiar en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y ácido micofenólico, histerectomía y doble anexeconomía por mioma uterino, gonartrosis e insuficiencia venosa.

La paciente refería cuadro de dolor abdominal/torácico de 3 años de evolución, que aliviaba al beber agua y

acostarse, sin claro factor desencadenante por lo que se realizó ecografía abdominal en Hospital Reina Sofía en el que informan de masa retroperitoneal izquierda. Ante dicho hallazgo, se solicita TAC de abdomen, realizado en este hospital, porque la paciente era revisada por el servicio de cardiología, que informa de masa retroperitoneal de 4,5 cm lobulada localizada entre polo renal inferior, psoas izquierdo y vena ovárica izquierda. No tenía fiebre ni síndrome constitucional.

La exploración física era normal. Se solicitó analítica general que incluyó hemograma, bioquímica con parámetros de función renal y hepática, LDH, coagulación, proteinograma, estudio de catecolaminas y 5 OHIA, hemocultivos siendo todo normal salvo serología de VHC positiva con carga viral negativa.

Los marcadores tumorales (Ca 15,3, Ca 19,9, CEA, Ca 125, alfafetoproteína y Beta2 microglobulinas) realizados previamente eran negativos.

Se realizó punción de masa retroperitoneal obteniendo 5 cristales y bloque celular con emisión de informe oral sin evidencia de malignidad. Dado que la sintomatología de la paciente era compatible con trastorno motor esofágico se realizó tránsito esofagoduodenal que confirmó la existencia de espasmo esofágico difuso y anillo de Schatzki. Se inicio tratamiento con diltiazem, tras consulta con cardiología, para tratamiento de dicha patología.

El 22 de julio se decide el alta hospitalaria, teniendo en cuenta, tal y como se refleja en informe de alta (documentos 82 y 83 de las actuaciones), la buena situación clínica, con resultados de punción sin evidencia de malignidad, con seguimiento ambulatorio clínico-radiológico y decidiendo en función de la evolución realizar otras técnicas diagnósticas o escisión de la masa.

El 16 de noviembre de 2016 es valorada de nuevo en consultas encontrándose asintomática habiendo desaparecido el dolor, con informe definitivo de la punción (documento 91): células mesenquimales no sugestivas de malignidad. Se le indica cita para control con TAC abdominal en febrero de 2016, a los 6 meses del alta hospitalaria (documento 378).

La paciente acude de nuevo a la consulta el 9 de mayo de 2016, aportando TAC de abdomen del 5 de mayo de 2016, en el que se objetivaba crecimiento severo de la masa con diámetros de 98X98X11 cm.

Ante el crecimiento de la masa se contacta telefónicamente con Cirugía General y se decide ingreso programado prioritario para biopsia/escisión de dicha masa. La paciente ingresa a los 6 días, el 15 de mayo en Cirugía General. Durante dicho ingreso no se requirió, en ningún momento, valoración por parte de M. Interna, por lo que no puedo aportar más información”.

CUARTO. - Con fecha 30 de diciembre de 2017, se solicita informe de la Inspección Médica, que es emitido con fecha 7 de julio de 2023 con las siguientes conclusiones:

“1. Doña S era una paciente cardiópata con un trasplante cardiaco y por tanto en tratamiento inmunosupresor. Presentaba una clínica de dolorimiento abdominal, motivo por el que se le hizo una ecografía y posterior TAC. El TAC mostró una masa retroperitoneal de 4,5cm a la que se le realizó una PAAF, lo que es totalmente correcto. El TGD mostró espasmos difusos esofágicos se le puso en tratamiento médico y experimentó mejoría del cuadro.

2. A los 6 meses de lo anterior con la AP que no mostraba signos de malignidad, y la mejoría del cuadro, se le citó para los 6 meses siguientes sin ninguna otra actuación.

3. El TAC realizado 6 meses después, mostró crecimiento de la masa hasta los 10 cm, por lo que por parte de cirugía se hizo biopsia escisional que mostró que la masa era un lipomiosarcoma. La PAAF anterior fue un falso negativo.

4. La demora en el diagnóstico conllevó únicamente que la masa fuera de mayor tamaño, no hubo diseminación a distancia. El tratamiento, independientemente del tamaño, es la escisión completa de la masa y de los tejidos circundantes. La intervención consiguió la resección completa, lo que no siempre se consigue en estos tumores.

5. La cirugía realizada es la habitual en estos casos y no hay ningún dato que haga dilucidar que no fue acorde a *lex artis*.

6. La paciente presentó una dehiscencia de sutura lo que es frecuente en estas cirugías, que se diagnosticó y se trató de manera adecuada. La evolución posterior fue desfavorable falleciendo el 10 de julio en UCI por un shock séptico de probable origen abdominal.

7. El seguimiento postoperatorio fue acorde al buen hacer”.

QUINTO. -Mediante oficio de 4 de agosto de 2023 se otorgó trámite de audiencia a los reclamantes, que se ratifican en sus alegaciones iniciales mediante escrito registrado con fecha 21 de septiembre de 2023.

SEXTO. - El 10 de octubre de 2023, el órgano instructor elevó propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial reclamada, al quedar acreditado que la asistencia prestada a la paciente fue adecuada a *normopraxis*.

En la fecha, y por el órgano indicado, se ha solicitado el Dictamen preceptivo de este Órgano Consultivo, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico y 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, prima facie, los reclamantes estarían legitimados para solicitar indemnización por los daños alegados, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), al haber sufrido el daño moral por la pérdida de su familiar.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 22 de junio de 2017, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, ya que, 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 caso que nos ocupa, el daño por el que se reclama (la muerte de su familiar), se produjo el día 12 de julio de 2016, por lo que la reclamación se ha interpuesto en el plazo legal para reclamar.

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, salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido, en mucho, al previsto legalmente, en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo, debido a los casi 6 años que ha tardado la Inspección Médica en emitir su informe.

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa

derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado 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 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 de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, "*debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de

las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis”.

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 (LEC)-, 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. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Consideran los reclamantes que se ha producido una múltiple y reiterada vulneración de la *Lex Artis* enlazada causalmente a la producción del resultado, a saber:

“a) una intolerable demora, más de un año, en haber alcanzado un diagnóstico preciso y certero de la patología retroperitoneal de la paciente: LEIMIOSARCOMA y en haber iniciado el tratamiento eficaz: Resección quirúrgica radical.

b) Una inadecuada técnica quirúrgica durante la primera intervención quirúrgica efectuada el 24/05/16. La anastomosis colorectal se produjo sobre zona isquémica, probablemente, además, a tensión. El resultado: Dehiscencia de la anastomosis.

c) Una intolerable demora en haber alcanzado un diagnóstico de dehiscencia de la anastomosis y en haber llevado a cabo un tratamiento quirúrgico destinado a repararla.

d) Un pobre manejo postoperatorio, dejando sin drenar múltiples abscesos abdominales. Como es natural, el shock séptico, el fracaso multiorgánico y el exitus constituían la auténtica crónica de una muerte anunciada.

e) El fallecimiento de la paciente era previsible y evitable con una adecuada sujeción a la Lex Artis de la Medicina y Cirugía”.

No aportan los reclamantes al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *“Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”.*

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los

informes de los profesionales que obran en el expediente.

En primer lugar, el Servicio de Medicina Interna del HUVA afirma que, cuando la paciente fue valorada por primera vez, se realiza TAC de abdomen que informa de masa retroperitoneal, que la exploración física era normal, que los resultados de la analítica general también fueron normales, que los marcadores tumorales eran negativos, y que el resultado de la punción no arrojó evidencia de malignidad. En la segunda y tercera visita, la paciente se encuentra asintomática, siendo en la consulta del 9 de mayo de 2016 cuando en el TAC se objetiva crecimiento severo de la masa y se decide la intervención.

Por su parte, el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo indica que, una vez atendida la paciente en su Unidad, el diagnóstico final de leiomioma se realizó en menos de 15 días. Que la intervención que se le practicó es una cirugía de alto riesgo, y más en una paciente inmunodeprimida, lo que altera notablemente su capacidad de cicatrización y que, aunque la anastomosis digestiva se realizó con todas las garantías, que el riesgo de dehiscencia fuera inexistente, realizándose con la seguridad de una buena vascularización y ausencia de tensión.

En cuanto al diagnóstico de la dehiscencia (sigue diciendo el informe), se le realizaron dos TAC abdominales en 24 horas junto a repetidas visitas médicas para valorar su estado general, y no fue hasta el segundo TAC cuando ésta finalmente se demostró.

Por último, afirma el reiterado informe que la evolución post-operatoria es la propia de una paciente inmunodeprimida con un foco infeccioso intraabdominal, habiendo sido su tratamiento el adecuado, con un correcto soporte hemodinámico y respiratorio y cobertura antibiótica.

Igual de clarificador es el informe de la Inspección Médica, que, en el juicio crítico sobre la practica realizada, afirma:

“(...)

El diagnóstico de los tumores retroperitoneales primarios suele ser tardío, pues el retroperitoneo es un espacio "adaptable" y el tumor permanece asintomático durante largo tiempo, siendo diagnosticados en muchas ocasiones de forma incidental al realizar una prueba de imagen abdominal por otro motivo y no es infrecuente que el primer síntoma, sea la aparición de una masa visible y palpable.

(...)

El diagnóstico de los tumores retroperitoneales se realiza fundamentalmente por las pruebas de imagen, sin olvidar la exploración clínica y las determinaciones analíticas (catecolaminas, marcadores tumorales, etc). La exploración radiológica del espacio retroperitoneal se basa en la actualidad en el uso de TAC y RMN, junto con la ecografía abdominal. Las técnicas de imagen no son generalmente definitivas para poder distinguir entre lesiones benignas y malignas, ni entre sarcomas y otras lesiones malignas. La biopsia es necesaria para establecer un diagnóstico y se puede realizar mediante biopsia con aguja gruesa (BAG) o por Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF). En manos expertas la eficacia de la PAAF en el estudio de los tumores de los tejidos blandos es superponible a la de la BAG. La PAAF bajo control por TAC presenta una fiabilidad superior al 90%. En este caso el resultado de la PAAF fue un falso negativo.

(...)

La demora en llegar al diagnóstico de leiomioma, implicó el crecimiento de la masa sin poder precisar el ritmo de crecimiento, si fue uniforme etc ... pero no produjo su propagación a otros lugares, por lo que únicamente implicó que la masa fuera de mayor tamaño.

(...)

Respecto al tratamiento, la cirugía es el tratamiento de elección en los tumores retroperitoneales pese a ser muy agresiva. Debe efectuarse una exéresis radical realizándose extirpación de toda la neoplasia macroscópicamente visible, extirpando tumor, tejido circundante y órganos vecinos afectados...

A la paciente se le interviene quirúrgicamente el día 26 de mayo. Se le realiza exéresis radical en bloque de la masa tumoral y del colon y riñón I con anastomosis colorrectal. En la AP posterior ni el colon, ni el riñón, ni el uréter presentaban alteraciones, se consiguió una resección completa.

(...)

La paciente tras la intervención presentó una buena evolución inicial; al tercer día tenía tolerancia oral y tránsito intestinal a partir del cuarto. El día 1 de junio (7º día del PO) se avisa al cirujano de guardia por presentar supuración en la herida. Al día siguiente día 2 por la noche se hace TAC que únicamente muestra colecciones postquirúrgicas, el día 3 la herida está más limpia con buen aspecto y clínicamente la paciente estaba con BEG y ventoseaba y defeca, en la analítica había una reducción de los marcadores de sepsis. El cirujano considera que probablemente habría habido una pequeña dehiscencia con colección subaponeurotica que habría drenado espontáneamente. Sin embargo al día siguiente, día 4, presenta salida de material fecaloideo por la herida por lo que se realiza un segundo TAC que informa de hallazgos compatibles con dehiscencia de la sutura; esa misma tarde se interviene quirúrgicamente.

(...)

La actuación médica fue acorde a la clínica que presentó la paciente, se realizaron 2 TAC separados por menos de 48 horas, siendo el segundo el que confirmó el diagnóstico de DA, una vez diagnosticada la dehiscencia se intervino ese mismo día, se realizó una sección del recto tipo Hartman (dejar el recto cerrado, sin tránsito digestivo, y haciendo una colostomía terminal en la fosa ilíaca izquierda) y lavando profusamente la cavidad.

En los días posteriores el tránsito digestivo estaba conservado y la herida quirúrgica se infectó...

El 4 de julio comienza con dificultad respiratoria se consulta con cardiología y se repite el TAC que muestra una colección heterogénea que a juicio de los radiólogos es sugestiva de un hematoma, por lo que no se coloca catéter de drenaje ya que no se obtendría débito al estar coagulada y se podría infectar. El día 7 de julio sufre un deterioro respiratorio es intubada e ingresa en UCI, donde llevó soporte hemodinámico, respiratorio, remplazo renal y cobertura antibiótica. Se drena la colección obteniendo material serohemático. Pese al intenso tratamiento la paciente presenta mala evolución y fallece el día 10 de julio de un shock séptico de probable origen abdominal con fracaso multiorgánico”.

Las últimas conclusiones del informe de la Inspección Médica aseguran que la dehiscencia fue diagnosticada y tratada de forma adecuada, y que “el seguimiento postoperatorio de la paciente fue acorde al buen hacer”.

A la vista de los informes referidos y, en particular, el de la Inspección Médica, dado el carácter objetivo e imparcial de la misma, concluimos, coincidiendo así con la propuesta de resolución, que no se ha acreditado el cumplimiento de los requisitos necesarios para afirmar la existencia de una responsabilidad patrimonial por parte del SMS, al no existir relación de causalidad entre el daño producido y la actuación de los profesionales del HUVA.

Por lo expuesto, frente a la opinión meramente subjetiva de los reclamantes, que no han presentado prueba alguna que la respalde, consideramos que no existe, en el presente caso, un daño antijurídico indemnizable, por lo que la reclamación debe desestimarse.

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 de responsabilidad patrimonial al no resultar acreditados los requisitos determinantes de ésta.

No obstante, V.E. resolverá.