



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 202/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de agosto de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 8 de octubre de 2024 (COMINTER 189081) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 11 de octubre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.<sup>a</sup> Y y otras, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024\_347), aprobando el siguiente Dictamen.

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** En fecha 25 de abril de 2022, un Letrado, que actúa en nombre y representación de D.<sup>a</sup> Y y sus hijas mayores de edad, D.<sup>a</sup> Z y P, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por el daño derivado de la muerte en el Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), el día 29 de abril de 2021, de D. Q, esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes, que se imputa al funcionamiento del servicio público sanitario prestado por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relatan los reclamantes que el paciente ingresó el 8 de marzo de 2021 en el HUVA, con el fin de que se le realizara una cirugía programada por tumor neuroendocrino (TNE) pancreático funcionante PTH-like, mediante cirugía compartimental retroperitoneal izquierda (nefrectomía+ suprarremalectomía izquierda+pancreatectomía distal).

El paciente presentó un postoperatorio tórpido con aparición de fiebre y dolor abdominal a los 10 días de la cirugía. Se diagnosticó de colecciones intraabdominales que se intentaron resolver mediante drenaje radiológico los días 18 y 20 de marzo de 2021, requiriendo laparotomía exploradora el 21 de marzo, realizándose resección segmentaria de colon descendente y colostomía terminal en FID. Lo que evidenciaba que aparentemente se había producido una fístula tardía.

El 30 de marzo se solicita TC de control que evidencia aumento del tamaño de la colección subdiafragmática izquierda, con catéter de drenaje en su interior y gas de nueva aparición, decidiéndose revisión quirúrgica el mismo día 30, hallando dehiscencia del muñón de colon descendente y refuerzo de Prolene 3/0 y rafia de perforación en ángulo de Treitz con puntos sueltos de prolene.

El 8 de abril de 2021 se decide nueva reintervención urgente ante la aparición de contenido intestinal por el drenaje, hallando gran hematoma y plastrón inflamatorio en compartimento supra mesocólico. Colecciones en fosa iliaca derecha e hipocondrio izquierdo y dos puntos de perforación en primer asa yeyunal. Se realiza lavado profuso de cavidad abdominal y extracción de coágulos, retirada de pigtail y drenaje Blake de hipocondrio izquierdo, fistulización externa de puntos de perforación intestinal a través de sendas sondas Pezzer 12 (proximal) y 26 (distal) reforzada con sutura en bolsa de tabaco con POS 3-0. Revisión de hemostasia.

El 14 de abril de solicita un nuevo TAC ante el empeoramiento del estado general y síndrome febril. Se halla punto de sangrado activo en arteria epigástrica derecha que condiciona hematoma en el espesor del recto abdominal derecho y gran hematoma en espacio hepático anterior y flanco derecho, realizándose embolización satisfactoria de la epigástrica derecha.

El 15 de abril, ante el empeoramiento del paciente, se le vuelve a realizar un TAC que halla una leve disminución de tamaño del hematoma perihepático y en flanco derecho, sin evidencia de sangrado activo. Ante el mal estado general del paciente, se realiza revisión en quirófano hallando *“importante componente adherencial en todo el compartimento supramesocólico, dos grandes hematomas y sobreinfectados en espacio de Morrison derecho y en otro en hipocondrio izquierdo”* con contenido intestinal. Dos perforaciones ya conocidas en ángulo de Treiz y yeyuno tutorizadas por sonda pezzer y otra nueva contigua a la perforación duodenal de 1 cm de diámetro por lo que se realiza adhesiolisis dificultosa. Se drena colección en el espacio de Morrison obteniendo abundante material hemático con coágulos. Se retiran los drenajes previos y las dos sondas de Pezzer y se coloca nueva sonda Pezzer nº 34 en duodeno, suturándose la perforación contigua y otra sonda de Pezzer e n la perforación yeyunal conocida previamente.

De nuevo el 25 de abril, ante un empeoramiento del paciente, que presenta estado de shock hemorrágico, se decide revisión quirúrgica urgente hallando hemoperitoneo en torno a 1 litro de sangre fresca y escasos coágulos junto a una coraza de asas intestinales con síndrome adherencial importante. Se evidencia fuga intestinal a nivel de sonda Pezzer 30 Fr en roseta intestinal. Se halla jet arterial en meso yeyunal en ángulo de Treiz, haciendo hemostasia del mismo con puntos sueltos de Prolene 3/0. Refuerzo con Vyeril 3/0 en sonda pezzer colocada en ángulo de Treiz y se realiza nuevo lavado de la herida, presentando trombopenia ligera así como coagulopatía en tratamiento con vitamina K.

El 29 de abril de 2021 el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, falleciendo a las 18:52 horas. La causa inmediata del fallecimiento es un fracaso multiorgánico y las causas intermedias Shock séptico abdominal y peritonitis biliar. La causa inicial es el tumor neuroendocrino.

Consideran las reclamantes que el hecho de que el paciente sufriera una serie de complicaciones en el postoperatorio, sugiere que existió una negligencia y mal funcionamiento del servicio público sanitario, pues advierten que, además de la aparición de una fistula tardía como consecuencia de la primera operación, lo que ocasionó el fallecimiento del paciente fue una rotura accidental del asa del colon, al colocar los tubos de drenaje

con el fin de solventar dicha fístula. De haberse practicado correctamente la intervención y colocación de los tubos de drenaje no se habrían producido complicaciones.

Aporta historia clínica y, tras subsanación, poder general para pleitos.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita la cantidad total 225.106,48 euros, desglosados del siguiente modo:

- Esposa: 114.527,86 euros.

- Hijas: 55.289,31 euros por cada una de las dos hijas.

**SEGUNDO.-** Por resolución del Director Gerente del SMS, de 17 de mayo de 2022, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a las interesadas la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud concernida por la reclamación, la copia del historial clínico del paciente y el informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Del mismo modo, se comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del SMS.

**TERCERO.-** En la documentación remitida a la instrucción por parte de la Gerencia del Área de Salud I -HUVA-, consta el siguiente informe del Dr. R, Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, que indica:

*“Paciente de 49 años, entre cuyos antecedentes destaca intervención por tumoración pancreática neuroendocrina maligna en 1993, realizándose pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía. En el seguimiento comienza con hipercalcemia e hiperproducción de PTH-like, que puede ocurrir excepcionalmente en tumores de estirpe neuroendocrina evolucionados y generalmente agresivos. Se realiza TAC, diagnosticándose de recidiva abdominal en zona de la cirugía anterior, lecho de pancreatectomía con infiltración renal y suprarrenal derecha, así como tejidos blandos adyacentes. Se decide, en comité, cirugía de rescate si se considera posible. Se interviene el 08/03/21, encontrando gran tumoración retroperitoneal, desde zona pancreática hasta riñón y suprarrenal izquierda. Se realiza cirugía compartimental retroperitoneal izquierda (incluye riñón, suprarrenal, parte del páncreas y tejidos adyacentes), difícil por extensión tumoral y cirugía previa.*

*En el postoperatorio, presentó a la semana, dolor abdominal y fiebre. Tras objetivarse en TAC colección en hipocondrio izquierdo, aire en dicha región y sospecha de colitis isquémica, se procedió a colocación de drenaje radiológico. Al cuarto día y dada la no adecuada resolución, se decidió reintervención quirúrgica. Se encontró plastrón inflamatorio secundario, con peritonitis en hipocondrio izquierdo y ángulo esplénico del colon con signos isquémico-inflamatorios y perforación cubierta. Se realizó resección parcial y colostomía.*

*Posteriormente, la situación del paciente (neoplásico, cirugía compleja, colección infectada y fístula), condiciona un postoperatorio tórpido en el que la friabilidad tisular y la falta de respuesta inmunológica hacen que el cuadro infeccioso no mejore, la fístula no cierre y aparezca como nueva complicación episodios de hemorragia. Como*

consecuencia, el paciente debe permanecer en Unidad de Reanimación con cuidados médicos y de enfermería continuos y es reintervenido hasta en otras cuatro ocasiones (drenaje colección, hemostasia) para intentar solucionar las complicaciones urgentes presentadas. A pesar de todo esto el paciente fallece.

En concreto y en relación con los comentarios planteados:

- 1.- La reintervención por recidiva tumoral extensa (riñan, páncreas, suprarrenal y tejidos adyacentes) con intención de resección completa, es compleja y no exenta de complicaciones, en ocasiones muy graves.
- 2.- La aparición de colecciones y fístulas tras cirugía pancreática es frecuente, llegando a ser más del 40% en la primera intervención, y aún más en reintervenciones.
- 3.- Los drenajes por colecciones, ya inicialmente se dejaron dos en la cirugía, son práctica habitual en cirugía abdominal compleja, y se realizan, así como las embolizaciones, por radiólogos con especial dedicación al intervencionismo.
- 4.- El drenaje se colocó, no por fístula intestinal, sino por fiebre y acúmulo de líquido tras la resección tumoral extensa.
- 5.- La cirugía inicial fue correcta, consiguiendo resección tumoral completa. Además, el postoperatorio fue satisfactorio en la primera semana.
- 6.- En todo momento, el mismo equipo médico, independientemente de día y horario (tardes, noches y fines de semana) realizó el seguimiento, indicaciones y diferentes cirugías. Por otra parte, la información dada a los familiares fue veraz y continua”.

**CUARTO.** - En fecha 10 de enero de 2023 se recaba de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica. No consta que haya sido emitido.

**QUINTO.** - Por la aseguradora del SMS se une al expediente informe médico pericial evacuado por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, alcanzando las siguientes conclusiones:

- “1.- Don Q fue sometido a una cirugía por recidiva de tumor neuroendocrino pancreático en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. La operación de extirpación estaba bien indicada conforme al estado de la técnica actual en ese tipo de enfermedades.
- 2.- la extirpación efectuada en don Q aparece, según la documentación examinada, realizada conforme a la práctica médica habitual.
- 3.-La complicación de perforación del ángulo esplénico del colon que se presentó es posible en este tipo de operaciones. Con bastante certidumbre tal perforación se debió a una necrosis isquémica local. No se puede atribuir tal perforación a mala práctica médica en la operación o a la inserción de catéteres de drenaje.
- 4.-La inserción de un catéter de drenaje radiológico atravesando estructuras abdominales como el intestino es un hecho corriente, secundario a la propia técnica y la mayoría de las veces sin complicaciones añadidas dado el fino tamaño de los catéteres radiológicos. En el caso de don Q no se puede atribuir al catéter encontrado en la luz de colon izquierdo en la reoperación del 21-03-2021 el ser el causante de la perforación de ángulo esplénico del colon, perforación que ya existía en pruebas de imagen antes de la inserción de dicho catéter.
- 5.-Don Q sufrió un proceso abdominal de fistulización múltiple que no se pudo controlar pese a los procedimientos radiológicos y las múltiples reintervenciones practicadas, conduciendo el proceso finalmente a su fallecimiento por fracaso multiorgánico en el seno de sepsis abdominal, sin que se aprecie en el proceso médico mala práctica

*médica o denegación de medios materiales o humanos”.*

**SEXTO.** - Conferido el preceptivo trámite de audiencia a las interesadas, el 9 de noviembre de 2023 comparece ante la instrucción el su representante, quien solicita y obtiene copia de parte de la documentación obrante en el expediente.

En fecha 20 de noviembre de 2023, las reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que reiteran sus alegaciones del escrito inicial de reclamación.

**SÉPTIMO.** - En fecha 30 de septiembre de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el instructor del procedimiento que no concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, considerando que no existe relación causal entre el daño que se reclama y el funcionamiento de dicho servicio sanitario, acerca del cual no se ha acreditado su antijuridicidad.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 8 de octubre de 2024, complementada con diversa documentación en soporte CD.

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 de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

### **SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.**

I. Habiendo reclamado la esposa e hijas del fallecido, no hay obstáculo alguno en reconocerles legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral derivado de la pérdida y la ruptura de la relación afectiva inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.



La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 25 de abril de 2022, antes del transcurso de un año desde el fallecimiento del paciente ocurrido el 29 de abril de 2021.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a las interesadas que, junto con la solicitud de este Dictamen, constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

Conviene destacar la ausencia de prueba por parte de las reclamantes de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga les corresponde en exclusiva.

Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de las interesadas serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

### **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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del sector Público (LRJSP) y han sido desarrollados por abundante jurisprudencia, que los configura como sigue:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de 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 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 razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) 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 constituya 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 de l 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 concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico 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 337/22, entre muchos otros, 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 ad hoc”* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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.

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

I. Consideran las reclamantes que, en el presente caso, el hecho de que el Sr. Q presentase un postoperatorio tórpido con aparición de fiebre y dolor abdominal, así como que desarrollase complicaciones postoperatorias graves de diverso tipo que produjeron finalmente su triste fallecimiento, tras haber tenido que ser intervenido quirúrgicamente en varias ocasiones, en alguna de ellas con carácter de urgencia, supone una clara negligencia y mal funcionamiento del Servicio Público pues, es claro que, además de la aparición de una fístula tardía como consecuencia de la primera operación, lo que realmente llevó al desencadenante final fue una rotura accidental del asa del colón al colocar los tubos de drenaje a fin de solventar dicha fístula, por lo que, de haberse practicado correctamente la intervención del 8 de marzo de 2021 y la posterior colocación de los tubos de drenaje, no se habrían producido las complicaciones expuestas con el resultado del fallecimiento.

Estas alegaciones están íntimamente ligadas al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación de los facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquélla se ajustó o no a los parámetros de una praxis correcta.

La valoración de la actuación facultativa exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Así, la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia de la prueba pericial médica en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los siguientes términos:



*“... es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.*

Ahora bien, las actoras, como ya se adelantó, no han traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la convicción acerca de la concurrencia de la mala *praxis* alegada.

II. No obstante, se procede a continuación a contestar a cada una de las pretendidas actuaciones constitutivas de mala *praxis*, sobre la base de los informes médicos y periciales que se han unido al expediente por la Administración y por la aseguradora del SMS, a la luz de los cuales se alcanza la conclusión contraria a la sostenida en la reclamación, esto es, la conformidad a la *“lex artis ad hoc”* de las actuaciones facultativas desarrolladas en la atención sanitaria.

Así, el informe del Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo del HUVA, que obra en el expediente, indica que la aparición de colecciones y fístulas tras cirugía pancreática es frecuente, llegando a ser más del 40% en la primera intervención, y aún más en reintervenciones. Igualmente, también afirma que los drenajes por colecciones (ya inicialmente se dejaron dos en la cirugía) son práctica habitual en cirugía abdominal compleja, y se realizan, como las embolizaciones, por radiólogos con especial dedicación al intervencionismo, siendo la cirugía inicial correcta con un postoperatorio satisfactorio en la primera semana.

Además, si examinamos las “Consideraciones respecto al caso que nos ocupa” realizado en el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS, podemos leer, en cuanto a la cirugía inicial realizada el día 8 de marzo de 2021, que: *“Don Q fue intervenido en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de su recidiva local retroperitoneal de carcinoma neuroendocrino de páncreas productor de PTH like el 08-03-2021. La intervención tenía por objetivo extirpar la recidiva tumoral con suficiente margen de tejido sano libre y para ello se extirpó también el riñón izquierdo y la glándula suprarrenal izquierda, que estaban englobadas en la recidiva tumoral, además de una nueva resección de tejido pancreático en el cuerpo del páncreas, aumentando así la que ya se había efectuado con ocasión de la primera intervención. Tal tipo de resección que en la documentación también denominan “cirugía compartimental retroperitoneal izquierda”, es conforme con la práctica médica habitual en tales situaciones (2) y no hay datos en la documentación clínica examinada para sustentar que tal intervención se haya podido efectuar de una forma incorrecta o inadecuada”.*

En cuanto a la complicación inicial de perforación de ángulo esplénico del colon, añade: *“En TAC efectuado por tal motivo el 16-03-2021, a los ocho días de la intervención inicial por tanto, se apreciaba como hallazgos relevantes (Doc. nº 644): “... fundamentalmente se apreciaban cambios inflamatorios en la zona del ángulo esplénico del colon. Dicha zona colónica mostraba además hipocaptación y la presencia de escaso neumoperitoneo (gas), hallazgos que podían ser atribuidos, según el mismo informe radiológico, a una pequeña perforación contenida en la zona, aunque sin dejar el diagnóstico definitivamente sentado en ese informe.*

*Ante tal hallazgo radiológico y la evolución clínica se solicitó un drenaje de la zona a efectuar mediante técnicas de imagen radiológica y punción. Tal procedimiento se consideró el día 18, pero fue descartado según informe de radiología al no conseguirse visualizar una zona clara de colocación por lo que no se situó ningún drenaje en esa exploración (Doc. nº 646).*

*Ante la persistencia de clínica infecciosa se realizó nuevo TAC de control el 20-03-2021 que mostró fundamentalmente: (Doc. nº 647) “Conclusión: Engrosamiento e hiporrealce de colon izquierdo con*

neumoperitoneo de nueva aparición adyacente a ángulo esplénico, atribuible a colitis isquémica del ángulo esplénico perforada. Aumento de tamaño de colección retroperitoneal izquierda. Leve aumento de líquido parcialmente loculado en espacio subdiafragmático izquierdo, con mayor neumoperitoneo en su interior. Aumento del derrame pleural izquierdo. Resto sin cambios."

Ante los hallazgos del TAC con aumento de los signos infecciosos locales (aumento de colección, neumoperitoneo) en zona de ángulo esplénico del colon y la evolución clínica se solicitó nuevamente efectuar drenaje radiológico y ese mismo día 20-03-2021, bajo control ecográfico se efectuó, esta vez logrando el objetivo, la inserción de dos drenajes de calibre 8F (Doc-nº 649)

La inserción de drenajes guiados por radiología constituye un tratamiento muy valioso y utilizado en las complicaciones postoperatorias de la cirugía abdominal. Al procurar con estos catéteres un medio de drenaje pueden solucionar problemas por acúmulo de secreciones o drenaje de fístulas sin tener que reintervenir al paciente, (4) habiendo constituido por tanto su uso una mejora terapéutica al ser menos agresivos, pero en caso de fracaso de los mismos es necesario reintervenir. En el caso de don Q los drenajes radiológicos obtuvieron tras su inserción contenido purulento y fecaloideo según la documentación clínica obrante, pero no se juzgaron suficientes y por la evolución clínica y los hallazgos radiológicos se indicó una reintervención que se llevó a cabo el 21-03-2021.

En el acto operatorio de esta reintervención se apreció fundamentalmente (Doc.nº 6) la existencia de una "peritonitis fecaloidea localizada en retroperitoneo izquierdo. Perforación de colon izquierdo a nivel de ángulo esplénico."...

Como técnica fundamental se realizó resección segmentaria de colon desde nivel de transverso a sigma y una colostomía terminal en fosa ilíaca derecha. Es decir, se extirpo una zona de intestino grueso que contenía la perforación, no efectuándose anastomosis reconstructiva en esa intervención sino una estoma en fosa ilíaca derecha. Tal proceder de extirpación del segmento perforado y la no realización de unión o anastomosis en el contexto de infección local severa es completamente acorde con la práctica médica habitual en estos casos, pues realizar una anastomosis en ese momento tiene un altísimo riesgo de nueva fuga y peritonitis grave.

La perforación de colon o fístula que sufrió don Q se ocasionó en el postoperatorio transcurridos algunos días desde la operación inicial. La causa de la perforación se debe con muy alta probabilidad a una zona del colon en el ángulo esplénico que resultó isquémica, es decir con falta de riego sanguíneo tras la primera intervención. Los informes del TAC del día 16 y día 20 señalan claramente "hipocaptación e hiporrealce" señalando con ello que a esas zonas llegaba menos contraste radiológico apoyando el mecanismo de isquemia de la perforación, pero además, el informe anatomopatológico de la pieza extirpada no deja margen de duda en señalar (Doc.nº643):

(...)

Bien por el propio daño de la pared del colon ocasionado en la necesidad de extirpar el tumor, bien comprometido además por condiciones postoperatorias locales adversas, como señalamos más arriba, queda poca duda de que se originó una lesión isquémica de una zona de la pared colónica, lo que ocasionó una perforación postoperatoria tras unos días de evolución. Tal complicación es frecuente y perfectamente descrita en este tipo de situaciones clínicas y no aparece por mala práctica médica o mala ejecución del acto operatorio, y su resolución según la práctica médica habitual, es coherente con lo que se hizo en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en don Q.

En cuanto a la colocación de los tubos de drenaje, continúa el informe señalado que:

"... es preciso constatar que el catéter se puso el día 20 porque había signos de fístula, incipientes en el TAC del 16-03-2021 y más claros en el TAC del día 20-03-2021 y los catéteres se pusieron después de evidenciada radiológicamente esta fístula y para intentar solucionar la misma mediante un gesto inicial mucho menos agresivo que una reintervención quirúrgica. Por otra parte, el catéter se describe localizado en el interior del colon izquierdo y no en el ángulo esplénico del colon, que es donde estaba la perforación. Por último y más importante, el catéter

*en su entrada intestinal ocasiona una herida de punción, pero no una necrosis isquémica, necrosis isquémica que se describe en el informe anatomopatológico de la pieza extirpada.*

*Por todo lo anterior, puede afirmarse con la máxima seguridad que el catéter radiológico de pig tail encontrado dentro del colon izquierdo en la cirugía del día 21-03-2021 no tuvo ninguna relevancia en la evolución clínica que tuvo don Q con ocasión de estos sucesos que se analizan”.*

Por todo ello, concluye el informe (conclusión que es aceptada por este Consejo Jurídico) que *“Desde el punto de vista terapéutico los actos médicos efectuadas son conformes a la práctica médica habitual y no se observa en ningún momento denegación de medios materiales ni humanos”.*

En consecuencia, no se ha acreditado que los facultativos que prestaron asistencia sanitaria al causante de las reclamantes incurrieran en mala praxis alguna con relación a los tratamientos quirúrgicos y terapéuticos a los que fue sometido. Esta conclusión impide vincular el daño por el que se reclama a la atención médica prestada, careciendo aquel, además, de la antijuridicidad necesaria para poder declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, dado que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.