

En Logroño, a 9 de marzo de 2010, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

24/10

Correspondiente a la consulta formulada, por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el *procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial interpuesta por D^a C. L., por el fallecimiento de su marido, D. M. V. M., como consecuencia de los daños, a su juicio, derivados al ser intervenido de un tumor en la vejiga.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 6 de marzo de 2009, tiene entrada, en el registro general de Salud, un escrito de D^a C. L. F., en el que describe la atención médica recibida por su esposo D. M. V. M., en el Hospital *San Pedro*, (págs 2 a 6 del expediente administrativo). En él, relata que, desde el 9 de enero de 2008, en que su esposo fue ingresado en el citado Hospital para ser operado, el día 10, de un tumor de vejiga, hasta el 9 de marzo, en que falleció, a los 52 años, de una peritonitis aguda, éste fue atendido con negligencia por parte de los Facultativos que le atendieron. Tal negligencia se explicita en que, el día 1 de febrero de 2008, *“mandaron realizar unas pruebas a M., a las que éste no podía ser sometido por haber ingerido papilla aquel mismo día con objeto de realizarle una prueba distinta, careciendo de la mínima responsabilidad exigible a un profesional de la Medicina”, “el Médico no quiso atenderlo en la noche del 26 de febrero de 2008, ante su grave situación, cuando ésta es su obligación, cuando menos profesional”* y, en general, *“no se actuó en su debido momento, habiendo permitido que la situación de M. se deteriorase hasta el punto que le alcanzó la muerte por motivos distintos a su enfermedad”*.

Por todo ello, solicita en el mismo escrito *“que se realicen todas las investigaciones necesarias para depurar todas las responsabilidades de los hechos relatados, y ser*

indemnizada con la cantidad de 100.000 euros, en concepto de daños y perjuicios y daños morales, por el fallecimiento de mi (su) marido y padre de dos hijos en las circunstancias descritas”.

Segundo

El 2 de abril de 2009, el Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha resolución es notificada al interesado, el 8 de abril siguiente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común (págs 11 y 12).

Tercero

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 3 de abril de 2009, solicita a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan en la historia clínica de D. M. V. M., referida a la asistencia prestada, así como copia de la Historia clínica relativa a la asistencia reclamada “exclusivamente” y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la misma (pág. 9).

Cuarto

El día 13 de abril de 2009, se remite copia de la solicitud de reclamación a A. R. S. C. de S. y R., en cuanto Aseguradora del SERIS (pág. 10).

Quinto

El 26 de mayo de 2009, (con fecha en el Registro Auxiliar del Servicio Riojano de Salud del siguiente día 29), se remite, por la Gerencia del Área Única de Salud, el informe de los Dres. D^a M^a A. E. A. (pág. 12 bis.), D^a M^a C. P. P. (págs. 12 y 13 a 15), D. J. F. R., Médico adjunto del Servicio de Urología (págs. 16 y 17), y D. J. C. del C., Jefe de Servicio de Cirugía General-Digestivo y Plástica (págs 19 y 20) ; así como escrito del Dr. D. J. F. T. y la Dra. D^a S. S. B. (págs. 21 y 22); y el consentimiento informado , de 17 de diciembre de 2007, con el listado de “notas evolutivas” del paciente durante su hospitalización (págs. 23 a 29 vto.); “protocolo quirúrgico” correspondiente a D. M. (págs.. 30 y 31); el consentimiento informado para la intervención de “sepsia urológica” (pág. 34) y para la administración de anestesia locorregional general (pág 35); y numerosos informes de hospitalización, anatomopatológicos, de Urología, de la Unidad de Medicina intensiva, etc (págs. 36 a 42).

Sexto

El 12 de enero de 2009, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 43)), que lo emite con fecha de 23 de junio de 2009 (págs. 45 a 49.). Señala éste, en las conclusiones, lo siguiente:

1.-D. M. V. M. es diagnosticado de un Tumor Vesical para el que se le indica tratamiento quirúrgico, en concreto una cistectomía radical con derivación urinaria.

2.- El paciente es informado de los riesgos de dicha intervención entre los que se encuentran fistulización e infección, entre otros, y firma el oportuno consentimiento informado el día 17 de diciembre de 2007.

3.-El día 10 de enero de 2008, se lleva a cabo la intervención quirúrgica, consistente en una cistectomía radical, más una derivación urinaria, mediante ureteroileostomía tipo Bricker. Esta es una intervención que, aunque se lleva a cabo con frecuencia en los Servicios de Urología, es compleja, pues consiste en extirpar completamente la vejiga, quedando libres los extremos distales de ambos uréteres; se reseca una porción de intestino delgado y se procede a conectar los uréteres a dicha porción que servirá de colector de orina; para eliminar la orina, se conecta la porción de intestino delgado al exterior de la pared abdominal.

4.-La intervención transcurre sin complicaciones, así como el post operatorio inmediato.

5.-Al comenzar a sustituir la Nutrición parenteral (o alimentación por vía intravenosa) por nutrición oral, se observa la salida de material alimenticio y fecaloideo por la zona por la que, en principio, sólo debería salir orina. Esto ocurre el día 23 de enero de 2008 y hace sospechar la presencia de una fístula (una comunicación) entre el intestino del paciente y, o bien uno de los uréteres, o bien el asa de Bricker.

6.-Se procede inmediatamente a suspender la nutrición oral y se solicita un TAC de urgencia, que se realiza el mismo 23 de enero de 2008, donde no se observa nada anómalo, por lo que se vuelve a introducir alimentación oral.

7.-De nuevo se detecta la presencia de contenido fecaloideo en el asa de Bricker el día 26 de enero de 2008, por lo que, el día 28 de enero de 2008, se solicita una Interconsulta con el Servicio de Cirugía General, que se lleva a cabo el mismo 28 de enero. Se indica tratamiento conservador. A partir de esta fecha, el paciente está a cargo de ambos Servicios, siendo revisado por Facultativos con frecuencia, según queda reflejado en la historia clínica informatizada y en la documentación disponible en el expediente; en concreto, entre el 10 de enero del 2008 y el 26 de febrero de 2008, momento en que se deriva a D. M. V. M. a la Unidad de Medicina Intensiva, el paciente es revisado por Facultativos en 40 ocasiones, revisiones de las que hay constancia documental en la historia clínica.

8.-Entre el 28 de enero y el 15 de febrero, no hay empeoramiento con el tratamiento conservador pautado. El día 15, se hace nuevo TAC y a la vista de los resultados, se reintroducen líquidos por vía oral.

9.-Los días 24 y 25 de febrero se evidencia el fracaso del tratamiento conservador y se decide,

tras informar a la familia, una nueva intervención, pero el estado del paciente empeora, siendo necesario el traslado a la UMI el día 26 de febrero de 2008. El paciente, pese a una nueva intervención, fallece a consecuencia de un shock séptico con fallo multiorgánico, el 7 de marzo de 2008.

10.- No hay evidencia, en la documentación disponible y en la obtenida por esta Inspección médica, de negligencia en la cirugía a que se sometió a D. M. V. M.. El diagnóstico de la patología vesical era correcto, el tratamiento propuesto era el indicado y la intervención se llevó a cabo sin complicaciones.

11.-El paciente sufre una complicación, una fístula, de cuya posibilidad de ocurrencia ya había sido informado, habiendo asumido y aceptado el riesgo de la misma. En efecto, en la bibliografía médica, se afirma que la aparición de fístulas digestivas, urinarias o mixtas es posible en las derivaciones urinarias, con utilización de intestino, siendo en las fístulas enterourinarias la fecaluria la presentación clínica más común.

12.-Cabe en este caso preguntarse si se actuó adecuadamente al instaurarse un tratamiento conservador una vez establecida la fecaluria. Los estudios consultados afirman que el tratamiento inicial debe ser conservador, si no existen signos de sepsis o abdomen agudo que obliguen a exploración quirúrgica urgente. En este caso, el paciente presentaba febrícula intermitente, pero no hay constancia de semiología propia de un abdomen agudo a lo largo del proceso. En mi opinión, es en los días entre el 15 y el 20 de febrero de 2008 cuando se toma la decisión clave de no operar. A la luz del trágico desenlace, se podría concluir que se tomó la decisión errónea; sin embargo, la clínica durante esos días, así como las pruebas de imagen, parecen apoyar la decisión tomada. Por otra parte, es imposible afirmar que, de haber operado antes, no se hubiera producido un shock séptico, complicación de muy elevada mortalidad.

13.-Considero, además, que, a lo largo de este proceso, D. M. V. M. fue atendido por los Facultativos de los Servicio de Urología y de Cirugía General con la frecuencia adecuada a su estado de salud, como queda documentado en la historia clínica del paciente.

Séptimo

Tras acusar recibo de la documentación remitida, el día 10 de julio de 2009, (págs. 50), se emite un informe por D. I & I SL, Asesoría Médica el 31 de agosto de 2009, suscrito colegiadamente por el Dr. D. F. H. A., Jefe del Servicio de Urología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y miembro de varias Asociaciones de trasplantes y de investigación de la Universidad Complutense de Madrid y Miembro de la Asociación de Peritos Colaboradores con la Administración de Justicia de la Comunidad de Madrid (págs 51 a 58). Señala en las conclusiones que:

1.-El paciente fue correctamente diagnosticado de un carcinoma vesical infiltrante y se indicó el tratamiento correcto para su proceso (cistectomía radical con derivación urinaria).

2.-Previamente a la cirugía, firmó un documento de consentimiento informado. En dicho documento, se especificaban entre las posibles complicaciones la fístula, la sepsis y el exitus.

3.-El paciente presentó una fístula entre la anastomosis intestino-intestinal y la derivación urinaria, que fue tratada mediante dieta absoluta y nutrición parenteral de forma correcta, ya que no presentaba criterios de intervención quirúrgica (no irritación peritoneal ni absceso abdominal).

4.-La cistectomía es una técnica quirúrgica gravada con una elevada mortalidad (2,4%-13%) y morbilidad (32%-64%). El tipo de fístula que presento es una complicación muy infrecuente.

5.-El tratamiento conservador de la fístula fue decidido en Sesión Clínica por los Servicios de Cirugía y de Urología de forma conjunta.

6.-Debido a la no resolución de la fístula y a la aparición de contenido intestinal por el orificio de drenaje (hecho que no se constató en el acto. En el acto quirúrgico se procedió, de forma correcta, a la resección del segmento intestinal afectado y al cierre de la fístula del asa de Bricker.

7.-En el postoperatorio, presentó fístula urinaria y posteriormente intestinal, así como shock séptico con fracaso multiorgánico refractario al tratamiento de soporte.

8.-La familia fue informada de las posibles opciones terapéuticas y de su pronóstico, optando por no re-intervenir al paciente.

9.-La actuación de todos los Profesionales implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose al "estado del arte" de la Medicina y cumpliendo en todo momento con la "lex artis ad hoc".

Octavo

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, comunica a la representación letrada del reclamante el trámite de audiencia el 21 de octubre de 2009, notificado el 4 de octubre, a quien, ante la imposibilidad manifestada de personarse en las dependencias del Servicio para realizar el trámite, se envía copia del expediente, del que se acusa recibo el 9 de noviembre por la viuda del fallecido. Con fecha 26 de noviembre, tiene entrada en la Oficina General de Registro, el escrito de alegaciones (págs.. 59 a 65).

Noveno.

El 17 de febrero de 2010, la Instructora elabora la Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada, "por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios."

Décimo

El Secretario General Técnico, por escrito de 22 de febrero de 2010 solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 74), que, en su informe de 24 de febrero de 2010, coinciden con la Instructora del procedimiento al apreciar la falta de imputabilidad del daño a los servicios públicos sanitarios .

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 24 de febrero de 2010, registrado de entrada en este Consejo el día 1 de marzo de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 1 de marzo de 2010, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. Esta cuantía ha sido elevada a 6000 euros por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción

al citado precepto; por tanto, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, *una prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) *y no de resultados*.

Y es que en materia sanitaria, la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de *medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Tercero

La responsabilidad de la Administración en el presente caso.

En el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, se trata de dilucidar si las actuaciones médicas practicadas a D. M. V. M. se ajustan a la *lex artis* o, si como pretende la viuda del fallecido, ha existido negligencia médica en la asistencia que le fue dispensada a su marido, toda vez que “*estando ingresado en un hospital dos meses, bajo la supervisión de todos los Médicos que, viendo y sabiendo que sus órganos se infestaban (sic), se pasaban la pelota unos a otros sin sin que nadie actuase, hasta que ya fue demasiado tarde, y sin que la causa de su muerte (una peritonitis) haya sido la enfermedad que le llevó a ser hospitalizado (un tumor de vejiga)*”).

Pues bien, de la relación de hechos contenida en el informe de la Inspección médica (págs 45 a 49), en la Propuesta de resolución (págs 66 a 73) y que se reproduce en el Informe de los Servicios Jurídicos (págs 75 a 85), se extrae que al paciente se le practicó una intervención quirúrgica el 10 de enero de 2008, consistente en una *“cistectomía radical, mas una derivación urinaria, mediante ureteroileostomía tipo Bricker”*. Se trata de una intervención quirúrgica que consiste en extirpar completamente la vejiga quedando libres los extremos distales de ambos uréteres. Se reseca una porción de intestino delgado y se procede a conectar los uréteres a dicha porción, que servirá de colector de la orina; para eliminar ésta, se conecta la porción de intestino delgado al exterior de la pared abdominal. Dicha intervención *“transcurre sin complicaciones”*, al igual que *“el post-operatorio inmediato”* (pág. 48) y, el día 23 de enero de 2010, con motivo de la sustitución de la nutrición por vía intravenosa (parenteral) por nutrición oral, presenta *“salida de material alimenticio y fecaloideo por la zona en que, en principio sólo debería salir orina”*, lo que *“hace sospechar la presencia de una fístula (una comunicación entre entre el intestino del paciente y, o bien uno de los uréteres, o bien el asa de Briker)”*. Ese día, se procede a *“suspender el tratamiento la nutrición oral y se solicita un TAC de urgencia”*, que *“no revela nada anómalo”*, por lo que, el siguiente día 26, se vuelve a introducir alimentación oral, ante lo que persiste *“la presencia de contenido fecaloideo”*. El día 28, *“se solicita interconsulta con el Servicio de Cirugía General, que se lleva a cabo el mismo día 28 de enero”* y *“se indica tratamiento conservador”*. (pág 48).

A partir de esa fecha, el paciente queda a cargo de los Servicios de Urología y Cirugía General y hasta el 15 de febrero es revisado por los Facultativos en al menos 25 ocasiones, revisiones de las queda constancia en documental en la historia clínica (*“notas evolutivas”* del paciente, págs 23 a 29, particularmente págs. 25 a 27) y no se observan signos de empeoramiento. El día 15, se efectúa un nuevo TAC y, a la vista de los resultados, se introducen líquidos por vía oral (págs. 27 y 48). El día 16, se decide por el Facultativo que le atiende *“progresar en la dieta”*; en días posteriores, éste comienza a tener fiebre, y, el 18, queda a la espera, dados los síntomas que presenta, de *“que lo valore la cirugía”*. A partir de este día, presenta *“molestias en zona lumbar derecha”* (pág. 28), el día 23 de febrero, se le suministran antibióticos, para cubrir una posible *“infección urinaria secundaria a persistencia de la fístula intestinal”* (pág. 29) y, a partir de los días 24 y 25, *“se evidencia el fracaso del tratamiento conservador”* (pág. 48 y 28 a 30) y se decide, tras informar a la familia (pág 34), una nueva intervención (págs. 30 y 31) , pero el estado del paciente empeora , siendo necesario el traslado a la UMI el día 26 de febrero de 2008. Pese a la nueva intervención quirúrgica, el paciente fallece a consecuencia de un shock séptico con fallo multiorgánico el 7 de marzo de 2008 (págs. 32 y 33).

De la documentación disponible en el expediente, en el que no consta prueba pericial médica alguna presentada por la reclamante, no puede deducirse que existiera negligencia en la cirugía a la que se sometió a D. M. V. M.. *“El diagnóstico de la patología vesical*

era correcto, el tratamiento propuesto el indicado y la intervención se llevó a cabo sin complicaciones” (pág 49 y 57).

El paciente experimentó una complicación, una fístula, de cuya posibilidad ya había sido informado, aceptando el riesgo de la misma. Según consta en el consentimiento informado (pág.18), como “riesgos personales”, se informa que *“en su caso, el riesgo operatorio puede estar de algún modo incrementado dados sus antecedentes de: Infección, uropatía obstructiva, reflujo, hematoma, fístula, Sepsis, exitus”*. Además, *“en la bibliografía médica, se afirma que la aparición de fístulas digestivas, urinarias o mixtas es posible en las derivaciones urinarias con utilización de intestino, siendo, en las fístulas enterourinarias, la fecaluria la presentación clínica más común”* (pág 49) y que *“la cistectomía radical con derivación urinaria, es una técnica con un elevado porcentaje de morbi-mortalidad. La mortalidad en el postoperatorio inmediato se produce en el 2,4%-13% de los casos, su causa fundamental es la sepsis-shock séptico debido a complicaciones. Entre el 32% y el 64% presentan algún tipo de complicación en el postoperatorio inmediato, precisando reintervención quirúrgica entre el 9% y el 41% de los mismos....además se han descrito una serie de complicaciones excepcionales como las fístulas del conducto de Bricker con otros segmentos intestinales (delgado, sigma o ciego), fístula intestino-uretral, vaginal, etc.”* (págs. 56 y 57).

No obstante, como se plantea la Inspección médica (pág. 49), cabe cuestionarse si la actuación de los Facultativos fue la adecuada al pautarse un tratamiento conservador una vez establecida la fecaluria entre los días 15 y 20 de febrero, cuando se toma la decisión grave de no operar. A la vista del desenlace trágico del paciente, podría pensarse que se tomó la decisión errónea; pero, a la vista de la prueba obrante en el expediente y en ausencia de periciales médicas aportadas por la parte reclamante, no queda sino afirmar que *“si no existen signos de sepsis o abdomen agudo que obliguen a exploración quirúrgica urgente, el tratamiento debe ser conservador”* (pág. 49). Y, en las notas evolutivas del paciente correspondientes a estas fechas, se constata *“abdomen normal”* (16 de febrero), *“abdomen blando y depresible sin dolor”* (17, 18, y 19 de febrero) (págs. 27, 27 vto y 28), de manera que el paciente presentaba febrícula intermitente (los días 17, 18 y 19 (págs 27 a 28); pero *“no existen síntomas de sepsis o abdomen agudo que obliguen a exploración quirúrgica urgente”* y *“la clínica durante esos días, así como las pruebas de imagen, parecen apoyar la decisión tomada”*. De otra parte, siguiendo con el Informe de la Inspección médica, *“es imposible afirmar que, de haberse operado antes, no se hubiera producido un shock séptico, complicación de muy elevada mortalidad”*. Por todo ello y puesto que, *“a lo largo del proceso D. M. V., según consta en la historia clínica, y en particular en las “notas evolutivas” del paciente, fue atendido por los Facultativos del Servicio de Urología y Cirugía general, con la frecuencia adecuada a su estado de salud”* (pág. 49), no puede afirmarse la existencia de negligencia médica, sino de una praxis adecuada a la *lex artis ad hoc* de los Facultativos que le atendieron, ante una complicación frecuente y propia, aunque no deseada, de la intervención quirúrgica

practicada al paciente, de la que éste fue informado y que transcurrió “*sin complicaciones*” (pág. 48).

CONCLUSIONES

Única.

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D^a C. L. F. por el fallecimiento de su esposo, D. M. V. M., al ser la actuación de los Facultativos ajustada a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, no ser imputable el daño que se reclama a los servicios públicos sanitarios.

Este es nuestro dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha del encabezamiento.

Joaquín Espert y Pérez-Caballero
Presidente

Antonio Fanlo Loras
Consejero

Pedro de Pablo Contreras
Consejero

José M^a Cid Monreal
Consejero

M^a del Carmen Ortiz Lallana
Consejera

Ignacio Granado Hijelmo
Letrado-Secretario General