

Expediente Núm. 74/2007
Dictamen Núm. 139/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 16 de marzo de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña, por los daños sufridos como consecuencia de lo que califica de inadecuada asistencia sanitaria recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de julio de 2006, tiene entrada en el registro del Hospital, un escrito de doña en el que formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que considera derivados de la asistencia sanitaria recibida, así como por infracción del derecho a la información.

Inicia su escrito relatando que “en el mes de julio de 2005 (...) ingresa en el Hospital para ser intervenida de la estenosis de canal que

previamente le había sido diagnosticada. (...) con fecha 11 de julio de 2005 los servicios de Traumatología del Hospital le realizan una `liberación de arco posterior L4, quedando libres las raíces L4-L5 bilateralmente. Artrodesis con técnica incompax L3-L4-L5 (...)´, según el texto del informe médico que le fue entregado con ocasión de la referida intervención”.

Continúa señalando que, a resultas de dicha asistencia, sufre una gran disminución de agudeza visual en su ojo izquierdo, siendo remitida por tal circunstancia a los servicios de Oftalmología del mismo hospital, en donde con fecha 29 de julio se emite un nuevo informe en el que se le diagnostica el padecimiento de una neuropatía óptica isquémica retrolaminar.

Por ello, entiende que “estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración, en este caso derivada de la asistencia sanitaria recibida, así como por infracción del derecho a la información, pues lo cierto es que en el impreso de consentimiento informado” no consta -dice- “que la intervención pueda conllevar aparejada la pérdida de visión” y porque “cuando (...) acude al Servicio de Atención al Paciente del Hospital para solicitar su historial clínico, se observa que (...) falta el informe preoperatorio, los protocolos quirúrgicos y anestésicos completos y los cuidados posoperatorios, documentación toda ella de gran relevancia para determinar la responsabilidad de la Administración actuante, y que por tal motivo se ha denegado su entrega a la paciente”.

Añade que “en el caso de haber podido conocer (...) las secuelas que se podían derivar, nunca se habría sometido a la intervención quirúrgica en la forma en que lo hizo y habría evitado las consecuencias que se produjeron”.

Tras exponer los fundamentos jurídicos de su pretensión, cuantifica los daños físicos y morales en ciento cincuenta mil euros (150.000 €).

Solicita el recibimiento del procedimiento a prueba, proponiendo la documental, consistente en que se adjunte el historial clínico completo, en particular, “informes preoperatorios, protocolos quirúrgicos y anestésicos completos, cuidados posoperatorios y consentimientos informados”.

2. Mediante escrito de 13 de julio de 2006, el Gerente del Hospital remite dicha reclamación al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias. El Gerente adjunta, además, copia de la solicitud de informe a los Jefes de Servicio de Traumatología y de Oftalmología, de la comunicación efectuada a la correduría de seguros, del parte de reclamación y de la "historia clínica" de la interesada obrante en el hospital.

Dentro de la historia clínica destacan, entre otros, los siguientes documentos:

a) Consentimiento "para instrumentación de columna y artrodesis vertebral", firmado por la reclamante el día 27 de octubre de 2004. En él figuran como posibles complicaciones las "secuelas neurológicas, que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico" y la "lesión vascular".

b) Varias pruebas y análisis preoperatorios, entre ellos: un electrocardiograma, practicado el día 23 de noviembre de 2004; serologías de hepatitis e infecciosas, un examen radiológico de tórax y un informe de hematología, realizados el día 24 de noviembre de 2004, y una valoración preanestésica, de 30 de noviembre de 2004, día en que se dio a la reclamante información relativa a la anestesia loco-regional, a la anestesia general y a los riesgos típicos de ambas, prestando la paciente su consentimiento a ser anestesiada en sendos documentos.

c) Comunicación de la Directora Médica del hospital al Servicio de Traumatología en la que se da cuenta, con fecha 18 de enero de 2005, de la recepción de un escrito de la Inspección Médica del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicitando, en control de incapacidad temporal, con fecha de baja de 12 de marzo de 2004, la agilización de la intervención quirúrgica a realizar a la interesada.

d) Hoja de consulta al Servicio de Traumatología, con fecha 22 de abril de 2005. Constan, asimismo, resultado de TC lumbar, realizado por el Sanatorio el día 29 de abril de 2005, y ulterior consulta al Servicio de Traumatología el día 24 de mayo de 2005. Se le practica nuevo electrocardiograma, informe

radiológico y hematología -el día 2 de junio de 2005-, así como serología de hepatitis e infecciosas -el día 3 de junio-, en el Hospital

e) Consentimiento para anestesia general, prestado por la paciente el día 13 de junio de 2005.

f) Consentimiento “para recalibrado vertebral y/o artrodesis instrumental”, firmado por la interesada el 11 de julio de 2005.

g) Hoja de protocolo quirúrgico, de 11 de julio de 2005.

h) Hoja de atención de enfermería quirúrgica, de 11 de julio de 2005.

i) Hoja de anestesia y de sala de despertar, también de 11 de julio de 2005.

j) Hoja de observaciones del curso clínico, desde el 10 de julio hasta el 5 de agosto de 2005, fecha de alta. Según anotación correspondiente al día 11 de julio de 2005, “a su llegada a Reanimación a las 13:30 horas, la paciente refiere pérdida de visión total ojo izdo. (...) se avisa al oftalmólogo de guardia para su valoración”.

k) Hoja de consulta médica al Servicio de Oftalmología, en la que constan los exámenes efectuados los días 11 de julio (uno después de la operación y otro a las 23:15 horas) y 13, 20 y 27 de julio.

l) Informe del médico encargado de la atención a la paciente en el Servicio de Oftalmología, de fecha 25 de julio de 2005, en el se refleja como diagnóstico “neuropatía óptica isquémica retrolaminar”. En el apartado de “potenciales evocados visuales”, refiere “cuadro compatible con neuritis óptica con componente axonal de probable etiología isquémica” y concluye señalando que “se descarta causa oftalmológica de su pérdida de visión. La alteración del campo visual no es compatible con accidente isquémico ocular”.

m) Informe radiológico, relativo a una ecografía doppler de TSA, de 3 de agosto de 2005, según el cual “el estudio es de deficiente calidad debido a la obesidad y constitución de la paciente. Índices de resistencia en ambas carótidas comunes dentro de límites normales. De las carótidas internas únicamente se consigue valorar su porción bulbar, sin que se observen alteraciones hemodinámicas que sugieran estenosis significativas a este nivel. Ambas arterias vertebrales son permeables”.

n) Informe de alta del Servicio de Traumatología, de 5 de agosto de 2005, en el que se señala "intervención quirúrgica sin incidencia alguna. Pero al despertar en el Sº de Reanimación refiere pérdida de visión en ojo izquierdo. Se pide consulta al Sº de Oftalmología y todos los estudios realizados informan que descartan causa oftalmológica de su pérdida de visión. La alteración del campo visual no es compatible con accidente isquémico ocular". Y, en el apartado de recomendaciones, dice "revisión en Cta. externas de Traumatología en 2 meses con Rx (...). Queda pendiente de ser valorada por el Sº de Neurología".

ñ) Informe del Servicio de Neurología, de 12 de agosto de 2005, en el que se indica que en "el actual estudio neurofisiológico de potenciales evocados visuales (PEV), en relación con el realizado en fecha 15-07-05, se observa una mejoría de latencias en las respuestas evocadas de O. izdo., persistiendo discreta asimetría de latencias con severa caída de la amplitud".

o) Hoja de consulta del Servicio de Oftalmología, correspondiente al día 16 de agosto de 2005, en la que el facultativo que la atiende anota que había perdido "agudeza visual OI (...). El control de PEV da mejoría de latencias en OI pero con severa caída de la amplitud./ Parece clara una neuropatía isquémica óptica (...). Solicito TAC craneal".

p) Informe del Servicio de Traumatología, de 5 de abril de 2006, complementario al de alta. En él consta que la paciente "se encuentra en control ambulatorio con control radiológico periódico en consulta para ver la evolución de la fusión vertebral. El último control fue el 31-01-06, donde radiográficamente no se ve suficiente callo óseo".

3. Con fecha 4 de agosto de 2006, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica a la reclamante la fecha de entrada de la reclamación en el Principado de Asturias y las normas aplicables al procedimiento con arreglo al cual se tramitará, con indicación de que "transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo

extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización”.

4. Mediante escrito de 20 de julio de 2006, el Gerente del hospital remite al Servicio instructor un informe del Jefe del Servicio de Traumatología, de 19 de julio de 2006, y copia de la solicitud efectuada al Servicio de Anestesiología.

El Jefe del Servicio de Traumatología refiere, en su informe, que se trata de una “paciente diagnosticada desde hace al menos 7 años de `estenosis de canal lumbar´ con clínica concordante. Se agotaron entre 2000 y 2004 todas las medidas conservadoras que incluyeron tratamiento por la Unidad del Dolor y dos tandas de infiltraciones epidurales. Dada la persistencia de la clínica, se decide tto. quirúrgico y así se comenta con la paciente que acepta y firma el consentimiento estándar para este tipo de patología. (...) consta en la valoración preoperatoria (que) se trata de una paciente con riesgo aumentado por su sobrepeso”.

Señala, en el apartado relativo a la “intervención quirúrgica”, que “con fecha 11 de julio de 2005 se realiza descompresión y estabilización del segmento afecto de la columna. No se refiere en el informe quirúrgico ninguna incidencia intraoperatoria reseñable. (...) este tipo de lesión se interviene en decúbito prono con las consiguientes protecciones para la cara, codos y demás áreas potencialmente lesionables por `postura mantenida´. En este caso se tomaron todas estas medidas, máxime cuando la cirugía lumbar tenía una duración estimada de tres horas”.

En cuanto al posoperatorio, informa que “en la sala de Reanimación, la paciente refiere una pérdida visual en el ojo izquierdo. De urgencia fue valorada por el oftalmólogo de guardia. Se realizaron las pruebas auxiliares correspondientes cuando el estado de la paciente lo permitió. El diagnóstico final fue: neuropatía óptica isquémica retrolaminar./ La paciente, y así consta en la historia clínica, fue informada en todo momento de la situación así como de la evolución previsible. Los Servicios de Oftalmología y (de) Neurología realizaron todas las pruebas pertinentes sin cambios en el diagnóstico

antedicho. En el estudio neurofisiológico de control realizado hace un mes, presenta un patrón eléctrico de mejora en la conducción nerviosa”.

Finalmente, indica que “La excepcionalidad de esta lesión, es la razón por la que no se incluye específicamente en el consentimiento informado. No obstante hay un epígrafe de ‘lesión vascular’ que tiene un carácter general. La lesión se produce por isquemia (alteración vascular) que afecta al nervio óptico. La documentación bibliográfica internacional, escasa, avala lo antedicho (...). Si bien la lesión se produce por isquemia, el origen (...) es multifactorial y en relación con la postura en mesa quirúrgica, la hemodinámica durante la cirugía, un posible factor de predisposición (...). En el mismo sentido de la bibliografía, apoya la suma de factores como hecho causal. El mero acto quirúrgico sobre la región lumbar no guarda relación”.

5. Con fechas 27 y 28 de julio de 2006, el Gerente del hospital remite al Servicio instructor los informes de los Servicios de Anestesiología y de Oftalmología, respectivamente.

El Jefe del Servicio de Anestesiología informa, el día 26 de julio de 2006, que la paciente “presentaba una historia de obesidad mórbida, alergia a Nolotil e hipotiroidismo. Como antecedentes quirúrgicos había sido intervenida de apendicitis y de epicondilitis, sin incidencias. (...) estaba clasificada con un riesgo quirúrgico de ASA III (sobre V) y le fue practicada una anestesia general con intubación endotraqueal y en posición de decúbito prono como es habitual en este tipo de intervenciones. Fueron monitorizados su presión arterial, frecuencia cardíaca, electrocardiograma, gases anestésicos, diuresis y pulsioximetría. La cirugía tuvo una duración aproximada de 4 horas, durante las cuales la pérdida hemática estimada fue de unos 1.000 ml. No se realizó hipotensión controlada y las cifras de presión arterial y frecuencia cardíacas se movieron en todo momento dentro de límites considerados como aceptables y normales, para este tipo de cirugía./ Durante la intervención se realizó una extracción de sangre para análisis clínicos (habitual en estos procedimientos), registrando una hemoglobina de 10 gr y un hematocrito de 31%, siendo la glucemia, urea y gasometría normales./ Sin incidencias destacables la paciente

fue revertida de la anestesia en quirófano, extubada y enviada a la Unidad de Reanimación” posoperatoria. Termina el informe señalando que “hemos revisado la literatura médica al respecto, tratándose sin duda de una complicación excepcional, en este tipo de intervenciones, desde luego desconocida en nuestro centro (...). Probablemente en la mayoría de los casos no pueda descubrirse el origen concreto y sea la suma de varios de estos factores el origen de la complicación, la cual por otra parte, tiene un carácter impredecible pudiéndose actuar únicamente cuando la clínica haya hecho su aparición. Es decir, que el diagnóstico y tratamiento precoz constituyen en la actualidad las únicas armas terapéuticas de que disponemos”.

Por su parte, el Responsable del Servicio de Oftalmología informa, el día 28 de julio de 2006, que la reclamante fue “atendida en nuestro Servicio el día 11/07/2005, por petición (...) urgente desde el Servicio de Traumatología (...), para valoración del estado ocular y/o visual de la paciente indicada, quien tras despertar de una anestesia general efectuada para intervención quirúrgica de columna lumbar, hace referencia a pérdida de visión sin dolor en ojo izquierdo (O.I.)./ En la exploración efectuada el citado día en O.I. (...) se aprecia: percibe luz pero no colores (...). A última hora del mismo día 11/07/2005, se vuelve a realizar estudio de fondo de ojo y persiste el mismo cuadro oftalmológico./ Con estos datos se emite la impresión diagnóstica de neuropatía óptica isquémica no arterítica y retrolaminar./ En días posteriores y cuando la paciente pudo mantener la posición sentada, se llevaron a cabo diferentes pruebas diagnósticas (...). 15/07/2005, potenciales evocados visuales (...): fueron informados como neuropatía óptica con componente axonal, de probable etiología isquémica./ 27/07/2005, angiografía fluoresceínica: no había semiología angiográfica retiniana de tipo obstructivo ni isquémico. Se confirma la neuropatía óptica isquémica retroocular./ 05/08/2005, campos visuales: en O.D., normal. En O.I., respeto de tan solo la sensibilidad central 10°-15°, pero con valores numéricos muy bajos. 12/08/2005, potenciales evocados visuales (PEV): se aprecia mejoría de las cifras pero con persistencia asimétrica de latencias./ Exploración oftalmológica (marzo 2006): se observa la misma extensión de la lesión con valores muy similares de sensibilidad respecto al CV

efectuado en julio de 2005". Termina el informe manifestando que "se trata de un cuadro oftalmológico de muy baja frecuencia, y que sus causas pueden ser multifactoriales. Las más directas pueden ser:/ Mal posición de la cabeza en decúbito prono (se descarta porque no hay alteraciones de los anexos)./ Hipotensiones arteriales mantenidas./ Sangrías abundantes./ Tampoco debe olvidarse la existencia o no (de) patología previa sistémica crónica (hipertensión, diabetes, sobrepeso...)./ Está claro que uno o la suma de varios de estos procesos pueden dar lugar a la alteración circulatoria en la cabeza del nervio óptico durante una intervención de este tipo en la posición de decúbito prono".

6. Con fecha 2 de agosto de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él refiere los hechos alegados en la reclamación, la acreditación de los mismos y la descripción del daño. Por lo que al grado de estabilización de las lesiones se refiere, señala que "la reclamante presenta una agudeza visual de 0,8 (1 con corrección) en el ojo derecho y 0,05 (0,15 con corrección) en el ojo izquierdo. Es presumible (...) que el déficit visual en el ojo izquierdo se encuentre estabilizado y tenga carácter definitivo".

En el epígrafe relativo a la valoración del daño, define la lesión padecida por la interesada, resume la literatura científica sobre la misma y concluye señalando que "la reclamante padecía una lumbociatalgia por estenosis del canal lumbar a nivel L3-L4 y L4-L5 y hernias discales en L3, L4 y L5. Se agotaron todas las medidas conservadoras adoptadas, que incluyeron tratamiento por la Unidad del Dolor y dos tandas de infiltraciones epidurales, por lo que estaba indicado el tratamiento quirúrgico de su dolencia (...). Los estudios preoperatorios no contraindicaron la intervención, que contó con el consentimiento de la reclamante. La técnica quirúrgica empleada parece haber sido correcta (...). Al ingreso en la Unidad de Reanimación la reclamante manifestó una pérdida de visión en el ojo izquierdo. Valorada por el oftalmólogo de guardia, la impresión diagnóstica fue la de neuropatía óptica retrolaminar de etiología isquémica. Los estudios complementarios confirmaron el diagnóstico

de sospecha (...). Actualmente la reclamante presenta una agudeza visual con corrección de 10/10 en el ojo derecho y de 1,5/10 en el ojo izquierdo. Dado el tiempo transcurrido, cabe considerar que el déficit visual en el ojo izquierdo se encuentra estabilizado y tiene carácter definitivo./ Atendidas las anteriores consideraciones y dada la inmediatez con la que surgió, cabe afirmar que la pérdida súbita de visión sufrida por la reclamante en su ojo izquierdo guarda una relación de causalidad íntima y directa con la intervención de artrodesis lumbar que le fue practicada. Ahora bien (...), dicha secuela no puede ser imputada (...) a una asistencia inadecuada por parte de los profesionales del sistema sanitario público (...). Por el contrario, su actuación, al utilizar los recursos que en cada momento el estado de aquella demandaba, fue correcta y conforme con las exigencias de la lex artis profesional (...) por las siguientes razones: (...) porque la cirugía, agotadas las medidas conservadoras, estaba indicada en este caso (...); porque la intervención contaba con el pertinente consentimiento de la enferma (...); porque el acto quirúrgico se desarrolló de forma impecable desde un punto de vista técnico (...); porque la complicación surgida ha supuesto la materialización de uno de los riesgos del procedimiento que, aunque infrecuente, está profusamente documentado en la literatura científica (debido en este caso a la hipotensión o a la anemia preoperatorias), y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de la ciencia médica. La concurrencia de factores de riesgo propios de la reclamante, como la obesidad mórbida que ésta padecía, pudieron contribuir a la aparición de la complicación descrita". Continúa indicando, respecto a la supuesta infracción del derecho a la información, que "el primero de los documentos de consentimiento firmados por la paciente (el de fecha 27-10-2004) recoge con carácter genérico en su apartado 5, letras c y h, tal eventualidad. La razón de que dicho riesgo no figure de manera específica en el documento de consentimiento informado (...) es su excepcionalidad".

En un juicio global sobre la pertinencia de la reclamación, concluye señalando que ha de ser desestimada, al considerar que el "daño sufrido por la reclamante no es consecuencia de la intervención quirúrgica (...), sino de la materialización de uno de los riesgos inherentes al procedimiento que, aunque

infrecuente está abundantemente documentado en la literatura científica (...), y cuya aparición es imprevisible e inevitable según el estado actual de los conocimientos de la medicina”.

7. Con fecha 3 de agosto de 2006, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

8. Obran en el expediente dos informes periciales, de 6 de noviembre de 2006, emitidos -según la propuesta de resolución- a instancia de la compañía aseguradora.

El primero de ellos, suscrito colegiadamente por dos especialistas en Neurología, después de referir el motivo de la reclamación, la documentación analizada y las consideraciones médicas oportunas, formula, entre otras, las siguientes conclusiones “el tratamiento quirúrgico estaba plenamente indicado en este caso, a pesar de que la paciente reunía factores que incrementaban el riesgo quirúrgico, especialmente la obesidad mórbida (...). La incidencia de una neuritis óptica isquémica puede ser una complicación asociada a la cirugía de la columna lumbar (...). Se trata de una complicación, descrita en la literatura médica, pero con una incidencia excepcional (...). La fisiopatología de esta complicación aún no está bien aclarada. Se han propuesto varios factores o circunstancias (...). En el caso de la paciente, concurrieron alguno de estos factores (...). La excepcionalidad de la complicación explica su no inclusión (en) los documentos de consentimiento informado (...). No es posible prevenir este tipo de complicación, ya que se desconoce con exactitud cuál es el perfil de riesgo que predispone a padecerla y tampoco está totalmente aclarada su fisiopatología (...). En la documentación analizada no hemos encontrado datos o circunstancias que sugieran que la complicación sufrida por la paciente pueda ser imputable a una mala praxis por parte de los facultativos que la atendieron”.

El segundo informe, emitido colegiadamente por tres especialistas en traumatología, concluye que “al fracasar las medidas conservadoras, la

indicación quirúrgica es correcta. Los estudios preoperatorios no contraindican la intervención, y firmó el (consentimiento informado)./. En los antecedentes personales tiene cirugías previas que no tuvieron complicaciones y que posiblemente se efectuaron bajo anestesia general./ La técnica quirúrgica empleada es correcta (...). La duración de la intervención se encuentra en los tiempos estándares y no tuvo complicaciones intraoperatorias (...). La pérdida súbita de visión sufrida por la reclamante en su ojo izquierdo guarda una relación de causalidad íntima y directa con la intervención que le fue practicada. Es una complicación muy excepcional, de origen multifactorial que en la mayoría de los casos no se sabe la etiología, como ocurrió en éste, esto hace que sea impredecible y únicamente cuando la clínica aparece se actúa y así se hizo en este caso”.

9. Con fecha 10 de febrero de 2007, el Jefe del Servicio instructor notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en él.

10. El día 23 de febrero de 2007, la interesada se persona en las dependencias de la unidad instructora, examina el expediente y obtiene copia íntegra del mismo, según diligencia extendida al efecto. Además, confiere la representación a don, según consta en la declaración efectuada en comparecencia personal.

11. Mediante escrito de 26 de febrero de 2007, la reclamante formula alegaciones. Tras citar distintos informes técnicos incorporados al expediente que, a su juicio, avalan su pretensión, entiende que “es clara la responsabilidad patrimonial de la Administración (...), pues existe relación de causalidad entre el daño sufrido por la actora y la intervención quirúrgica a la que fue sometida; la lesión (...) es consecuencia de la mala praxis por parte de los facultativos que la atendieron, ya que existiendo factores de riesgo no se adoptaron medidas para prevenir una posible isquemia (...); en el consentimiento suscrito por la paciente, no se le informó del riesgo que entrañaba la intervención quirúrgica”.

Finalmente, “propone al órgano instructor la terminación convencional del procedimiento fijando una indemnización (...) por importe de 100.000 euros”.

12. Con fecha 28 de febrero de 2007, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, argumentando que “la actuación de los facultativos del Hospital que intervinieron en la asistencia a la reclamante fue correcta y ajustada a la lex artis profesional”, y que la eventualidad estaba recogida con carácter genérico en el consentimiento firmado por la paciente el día 27 de octubre de 2006, por lo que no cabe apreciar infracción del derecho a la información. Añade que la razón de que dicho riesgo no figure de manera específica en el documento de consentimiento propio de la técnica realizada es su excepcionalidad, “siendo criterio de aceptación generalizada que la información excesiva puede convertir la asistencia sanitaria en desmesurada y dificultar el ejercicio de la función médica”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de marzo de 2007, registrado de entrada el día 21 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo establecido en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo,

aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo dispuesto en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En 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 procedimiento que examinamos, se presenta la reclamación con fecha 12 de julio de 2006 y la determinación del alcance de las secuelas se produjo en marzo de 2006 -sin que se pueda precisar el día- porque en ese mes, según el informe del Servicio de Oftalmología de 28 de julio de 2006, se le realizó una exploración oftalmológica en la que se observó la misma extensión de la lesión, con valores de sensibilidad muy similares respecto al control efectuado en julio de 2005. En tales circunstancias, es claro que la reclamación ha sido presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real

Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, "el día siguiente al de recibo de la presente notificación", sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se incoa aquél. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Asimismo, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación en el registro del centro hospitalario el día 12 de julio de 2006 (sin que conste en legal forma su entrada en el de la Consejería instructora), se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 21 de marzo de 2007, el plazo de resolución y notificación ya había sido sobrepasado. No obstante, esto no impide la resolución del procedimiento, de

acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo

transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor”.

SEXTA.- La reclamante sostiene su reclamación en la pérdida de visión que sufrió después de una intervención quirúrgica que -estima- se realizó de forma inadecuada y en una supuesta lesión a su derecho a la información, porque el riesgo de padecer ese daño no constaba en el documento de consentimiento informado que firmó y porque no se le facilitó determinada documentación al solicitarla.

Por lo que al daño se refiere, consta acreditado en el expediente que la reclamante fue sometida el día 11 de julio de 2005 a una intervención quirúrgica de estenosis de canal lumbar, en el Hospital También aparece reflejado en el mismo que, después de dicha intervención, la paciente sufrió pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo, que se diagnosticó como neuropatía óptica isquémica retrolaminar, por lo que debemos considerar probado este daño físico.

Ahora bien, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de unos resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

La reclamante entiende, según manifestó en el trámite de audiencia, que la intervención practicada no fue conforme con la *lex artis* porque, aunque en ella, según el informe de los dos especialistas en Neurología obrante en el expediente, “concurrieron varios factores que pudieron dar lugar a la isquemia sufrida (hipotensión moderada, anemia, duración prolongada de la intervención y la obesidad mórbida) (...), no se adoptó ninguna medida para evitar el fatal desenlace”.

Sin embargo, los doctores que la interesada cita, señalan que “no es posible prevenir este tipo de complicación, ya que se desconoce con exactitud cuál es el perfil de riesgo que predispone a padecerla y tampoco está totalmente aclarada su fisiopatología”.

En este mismo sentido, los tres especialistas en Traumatología, indican que “la pérdida súbita de visión (...) es una complicación (...) que en la mayoría de los casos no se sabe la etiología, como ocurrió en éste, esto hace que sea impredecible”.

Coincide con los anteriores el informe del Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación, según el cual se trata “de una complicación excepcional (...), desde luego desconocida en nuestro centro (...), tiene un carácter impredecible”.

El informe técnico de valoración también apunta que la aparición de la complicación era imprevisible e inevitable.

Además, del examen del expediente se desprende que sí se adoptaron medidas para prevenir la lesión, ya que, según el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, la intervención se realizó “en decúbito prono con (...) protecciones para la cara, codos y demás áreas potencialmente lesionables `por postura mantenida´. En este caso se tomaron todas estas medidas”.

Con base en ello, debemos concluir que se pusieron en práctica las medidas de prevención referidas a los riesgos predecibles; es decir, aquellas que eran exigibles.

El Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación manifiesta, en su informe, que se puede “actuar únicamente cuando la clínica haya hecho su aparición (...) el diagnóstico y tratamiento precoz constituyen (...), las únicas armas terapéuticas”. Al respecto coinciden también los especialistas en Traumatología al señalar que “únicamente cuando la clínica aparece se actúa y así se hizo en este caso”.

El Responsable del Servicio de Oftalmología indica, y así consta en la historia clínica, que la reclamante fue atendida por dicho Servicio el mismo día de la intervención -en dos ocasiones-, una después de la operación y otra a las 23:15 horas, y que “en días posteriores y cuando la paciente pudo mantener la posición sentada, se llevaron a cabo diferentes pruebas diagnósticas”. El informe precisa las fechas de las pruebas: el 15 y el 27 de julio y el 5 y el 12 de agosto.

Además, según el informe técnico de evaluación y los periciales instados por la compañía aseguradora, la intervención quirúrgica estaba indicada para la reclamante. Según se recogen en la historia clínica, había sido diagnosticada de lumbociatalgia en 1999, por lo cual acudió a partir de entonces a diversas consultas en el Servicio de Traumatología y a la Unidad del Dolor; se le prescribieron dos tandas de infiltraciones epidurales tras las cuales no sintió mejoría, manifestando el día 24 de mayo de 2005 que estaba cada vez peor.

La operación no resultó contraindicada por los estudios preoperatorios realizados a la interesada y la técnica quirúrgica empleada en la misma fue correcta, según consta en el informe técnico de evaluación y en el emitido por

la asesoría privada. De hecho, la reclamante no formula reparo alguno contra la misma.

En consecuencia, hemos de concluir que en la asistencia médica prestada a la reclamante no se ha producido violación alguna de la *lex artis* profesional, ya que ha quedado acreditado que la actuación terapéutica era la adecuada y que fue llevada a cabo con diligencia y pericia.

Debemos analizar ahora la lesión del derecho a la información que alega la interesada y que fundamenta en un defecto del consentimiento a practicar la operación y en la denegación de diversa documentación solicitada.

Por lo que se refiere a ésta última, según el escrito de reclamación, “cuando (...) acude al Servicio de Atención al Paciente del Hospital para solicitar su historial clínico, se observa que (...) falta el informe preoperatorio, los protocolos quirúrgicos y anestésicos completos y los cuidados posoperatorios”.

La historia clínica de la paciente se encuentra incorporada al expediente remitido. En ella constan los documentos relativos a las pruebas y análisis realizados antes de la operación, en noviembre de 2004 y repetidas posteriormente en junio de 2005 (electrocardiograma, informe radiológico, hematología y serologías). También figuran en ella la hoja de protocolo quirúrgico, la hoja de atención de enfermería quirúrgica, hoja de anestesia y de sala de despertar, hoja de observaciones del curso clínico, hoja de órdenes de tratamiento, la hoja de administración de medicamentos y la hoja de cuidados de enfermería, en las que se consignan todos los cuidados posoperatorios proporcionados a la reclamante.

La interesada recibió una copia de esta documentación en el trámite de audiencia y vista del expediente, por lo que debemos entender subsanada cualquier eventual omisión producida con anterioridad. Además, en el escrito de alegaciones, la reclamante no reitera la petición formulada en su solicitud inicial en relación con este hecho, por lo que hemos de considerar que se ha dado por satisfecha en cuanto a la misma.

Cabe examinar por último las alegaciones relativas a la lesión al derecho a la información, basadas en el contenido de la información proporcionada a la

reclamante antes de que prestara el consentimiento. Ésta sostiene que en el mismo no se reflejaba que la intervención pudiera conllevar la pérdida de visión, ya que “en el caso de haber podido conocer (...) las secuelas que se podían derivar, nunca se habría sometido a la intervención quirúrgica en la forma en que lo hizo y habría evitado las consecuencias que se produjeron”.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, regula, en su artículo 10, las condiciones de la información y consentimiento por escrito. En su párrafo primero, dicho precepto establece la información básica que el facultativo debe proporcionar al paciente, antes de recabar el consentimiento escrito. Dicha información básica está constituida por “Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad (...). Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente (...). Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención (...). Las contraindicaciones”. Es decir, la obligación de información comprende, por lo que al caso se refiere, los riesgos de la intervención, que sean probables en condiciones normales o que estén directamente relacionados con ella.

El riesgo de pérdida de visión después de una intervención de columna lumbar ha sido calificado por todos los informes emitidos en el caso como un riesgo excepcional, es decir, no probable, y no relacionado directamente con la operación, sino de origen multifactorial.

Así, en el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología se afirma precisamente que “la excepcionalidad de esta lesión, es la razón por la que no se incluye específicamente en el consentimiento informado. (...) el origen de la lesión es multifactorial (...). El mero acto quirúrgico sobre la región lumbar no guarda relación”. El Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación, señala que “hemos revisado la literatura médica al respecto, tratándose (...) de una complicación excepcional, en este tipo de intervenciones, desde luego desconocida en nuestro centro. (...) la causa concreta no está del todo clara. La mayoría de las revisiones hablan de un

origen multifactorial". Igualmente, el Responsable del Servicio de Oftalmología indica que "en la búsqueda bibliográfica, se nos informa que se trata de un cuadro oftalmológico de muy baja frecuencia, y que sus causas pueden ser multifactoriales". Por su parte, el informe técnico de evaluación refiere que "estudios anatomopatológicos han confirmado una especial sensibilidad del nervio óptico para infartarse (...) la complicación surgida ha supuesto la materialización de uno de los riesgos del procedimiento (...) infrecuente (...), cuya aparición es imprevisible". Los especialistas en Neurología consideran que se trata de "una complicación rara y excepcional", coincidiendo con el informe suscrito por los especialistas en Traumatología cuando manifiestan que "es una complicación muy excepcional, de origen multifactorial que en la mayoría de los casos no se sabe la etiología".

Sin perjuicio de lo anterior, hemos de añadir que constan en la historia clínica, además del correspondiente a la anestesia, dos consentimientos informados para la operación, firmados por la reclamante el 27 de octubre de 2004 y el 11 de julio de 2005, respectivamente.

En el primero de ellos, "para instrumentación de columna y artrodesis vertebral", se incluyen como posibles complicaciones, entre otras, las "secuelas neurológicas, que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico", y la "lesión vascular".

Según el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, la pérdida de visión está comprendida en el apartado genérico de "lesión vascular" de dicho consentimiento, mientras que el informe técnico de evaluación apunta que lo estaría en los apartados c) "secuelas neurológicas" y h) "lesión vascular".

En definitiva, este Consejo entiende que la asistencia médica prestada ha sido correcta, tanto en lo que se refiere a los riesgos previstos como en la técnica quirúrgica aplicada, el diagnóstico y la atención a la reclamante, tras la lesión sufrida. También se estima correcta la información facilitada a la paciente para la prestación de su consentimiento a la intervención. La lesión que padece es una complicación imprevisible y excepcional de la operación a que fue sometida; operación que era la indicada para la dolencia que padecía y a la que

había prestado su consentimiento, por lo que no resulta imputable al servicio público sanitario.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.