

Expediente Núm. 136/2007
Dictamen Núm. 170/2007

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 20 de diciembre 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 8 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de lo que considera una deficiente asistencia recibida en un centro sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de noviembre de 2006, el perjudicado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital

El relato de los hechos se inicia indicando que “en el mes de octubre de 2004, el que suscribe acudió al Servicio de Urgencias del (Hospital) (...) aquejado de un dolor en la parte izquierda del abdomen. El diagnóstico es cólico renal y le prescriben el correspondiente tratamiento. A los pocos días recibe una llamada telefónica citándole para realizar una urografía en el mes de noviembre de ese año, cuyos resultados debía recoger el 27 de mayo de 2005. Ese día, uno de los médicos del Servicio de Urología le dice que los resultados no muestran nada incorrecto, pero al colocar las placas en un mural, el paciente se percata (...) de una mancha situada hacia la mitad del uréter. El referido médico llama a otro compañero y dialogan entre sí, y el médico que le atendía le dice que le tienen que realizar una prueba en el quirófano, que van a solicitar como urgente. Le explica que se efectuaría con anestesia local y que si no fuera posible llegar al punto donde se veía la mancha (...) entonces, con anestesia general, abrirían. Tras las correspondientes placas, análisis y electrocardiograma, el día seis de junio de 2005 acude al anestesista y al indicarle que cómo no lo llamaron antes al ver lo que mostraba la urografía y, sin embargo, ahora tramitaban la prueba como urgente, aquél le responde que posiblemente se hubieran traspapelado sus resultados”.

Continúa narrando que “después de acudir dos veces más por el Servicio de Urgencias del Hospital como consecuencia de padecer el mismo dolor y de recibir la misma respuesta e igual tratamiento que la primera de las veces, el día ocho de junio acudió al Servicio de Urología a interesarse por la fecha en la que le llamarían para realizar la prueba, pues, además del dolor, mostraba intranquilidad por conocer el significado de la mancha ante la posibilidad de que fuera algo malo. El Jefe del Servicio le contesta que posiblemente le avisen para que acuda al centro hospitalario el día 24 de junio, ya que se encuentra en la lista de espera y, al apuntarle el exponente que por qué no le hacían otra urografía o un escáner para ver cómo se encontraba en ese momento, le responde que la prueba que le iban a realizar tenía esa finalidad”.

Añade que, tras ser citado para ingresar en el Hospital el día 15 de junio de 2005, al día siguiente “lo bajaron al quirófano a las 11:50 horas con el fin de practicarle una ureteroscopia exploradora. Se informa a la familia del paciente que éste está muy bien, pero que es preciso abrir, pues el endoscopio no llega hasta la masa que debían observar. A las 17:00 horas, el Jefe del Servicio comunica a los familiares que hubo una complicación al realizar la prueba, ya que, al ser el uréter del enfermo muy estrecho, el endoscopio había pasado con mucha dificultad, pero luego no podían hacer que saliera y, al intentar sacarlo, habían arrancado el uréter del riñón y de la vejiga, es decir, se produjo una avulsión ureteral izquierda, que precisó la realización de un reimplante ureteral término-terminal. Asimismo, les dijo a los familiares que la mancha que se vio en la urografía no tenía ninguna importancia, que podían ser gases (...). A las 21:35 horas de ese día subieron al paciente a la planta. Los tres días siguientes su estado de salud fue bastante malo, con muchos dolores. A los 14 días desde el ingreso le dan el alta llevando un catéter, que le retiran el día 18 de julio de 2005, pero por la noche de nuevo vuelve el dolor, con fiebre y vómitos. El médico de cabecera que acude a su domicilio, decide ingresarlo. Después de realizarle varias pruebas (urografía, escáner, TAC y diversos análisis), se percatan de que el dolor es provocado por un cálculo de ácido úrico depositado en el riñón izquierdo, y ven un trozo de catéter que, al romperse, se había quedado allí. Le dan el alta, le pautan un tratamiento para deshacer la piedra de ácido úrico y le dan cita para el mes de octubre de ese año”.

Señala que su estado “es malo: se encuentra cansado, irritable, con malestar general. Acude a su médico de cabecera y le manda al psiquiatra, que le da tratamiento para el síndrome depresivo reactivo”.

Relata que en el mes de octubre de 2005 acude a revisión y “se le comunica que el uréter no deja pasar la orina, si bien creen que el riñón aún funciona. El día 27 de ese mes y año le realizan una nefrostomía izquierda

percutánea. Comprueban que el riñón funcionaba bien y había expulsado el cálculo, pero le dicen que es necesario volver a operarle para hacer un uréter con tejido del intestino y de la mucosa de la boca y si no era posible, entonces habría que quitarle el riñón. La esposa del exponente habla con el director del centro hospitalario y, tras explicarle todo lo ocurrido y la poca confianza que tenía en un buen resultado si lo operaban allí, aquél le manifiesta que le facilitaría la posibilidad de que fuera a otro hospital y que seguiría de cerca el caso. El Jefe del Servicio les disuade de ello, pues les indica que su intención es salvarle el riñón y que en otro centro lo más probable es que se lo quitaran”.

Indica que “el día siete de noviembre de 2005, el Jefe del Servicio de Urología, al comprobar que se le había arrancado la pelvis renal y que no se podía coser un nuevo uréter, decide realizarle una nefrectomía simple del riñón izquierdo. Esa noche ya en la habitación, se le produce un dolor en el pecho y le diagnostican una pericarditis. El día 16 de noviembre de 2005 le dan el alta, pautándole reposo y tratamiento (...) durante 20 días”.

Finaliza la narración de los hechos señalando que “el médico que le produjo la avulsión ureteral izquierda trató de disculparse con el paciente y al preguntarle la esposa del que suscribe que habría pasado si, como ella había pedido, en su momento le hubiera hecho un escáner para determinar qué era lo que aparecía como una mancha en los resultados de la urografía, el médico les contestó que habrían visto que no tenía nada y la piedra se habría deshecho con medicación, como así fue. Es decir, por intentar ahorrar dinero al no realizar esa prueba el paciente perdió un riñón y se le afectó considerablemente su salud y, además, los gastos que se originaron fueron muy superiores a lo que se pretendía evitar: operaciones, hospitalización, pruebas diversas”.

Manifiesta que “como consecuencia de actuaciones médicas diagnósticas, no curativas, al no existir patología, se le producen (...) secuelas con perjuicios funcionales y estéticos, consistentes en:/ a) pérdida del riñón izquierdo./ b) Aparición de un trastorno depresivo./ c) Perjuicio estético por

cicatrices”, a lo que añade que, “durante el periodo de consolidación de las secuelas, transcurrió un tiempo durante el que el paciente estuvo incapacitado para la realización de sus actividades habituales”.

Por considerar que los daños sufridos “son el resultado de la mala praxis en la realización de la ureteroscopia exploradora (...) que, además, no había necesidad de realizar de haber efectuado otras pruebas, lo que pone de manifiesto el anormal funcionamiento de la Administración”, solicita una indemnización cuya cuantía asciende a ochenta y cinco mil quinientos cincuenta y ocho euros con sesenta y un céntimos (85.558,61 €), la cual, según señala, ha sido calculada tomando como “criterio orientativo el baremo establecido por (el) Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre”.

Desglosa esta cantidad de la siguiente forma: “por los días de hospitalización (periodos comprendidos entre 14-06-05 y 30-06-05; 19-07-05 y 23-07-05, y entre 24-10-05 y 16-11-05): 43 días x 58,19 euros = 2.502,17 euros./ Por los días de incapacidad, todos impeditivos (desde el 16-06-2005 a 06-12-2005), descontando los días de hospitalización: 130 x 47,28 euros: 6.146,40 euros./ Por las secuelas (nefrectomía unilateral (20-25 puntos) y trastorno depresivo reactivo (5-10 puntos) = 33 puntos y por el perjuicio estético (medio) (13-18 puntos) = 18 puntos. Total 51 puntos x 1.508,04 (euros) (al tener 48 años el paciente cuando ocurrieron los hechos) = 76.910,04 euros”.

2. Con fecha 6 de noviembre de 2006, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio de Inspección Sanitaria) la reclamación presentada.

3. Mediante escrito notificado el día 15 de noviembre de 2006, el Servicio instructor comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación y las

normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. Asimismo, le indica 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 fecha 13 de noviembre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto envía al Director Médico del Hospital una copia de la reclamación presentada, y le solicita la remisión de informe del Servicio de Urología y de la historia clínica del paciente. La solicitud es reiterada con fechas 29 de noviembre de 2006 y 4 de enero de 2007.

5. Con fecha 17 de enero de 2007, el Director Médico del Hospital, remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Urología, fechado el día 8 de ese mismo mes, en el que se señala, respecto a los hechos, que el paciente, con un historial de cólicos renales de repetición desde el año 2000, “en noviembre de 2004 acude (...) al Área de Urgencias por dolor intenso a nivel de ambas fosas lumbares (...). En el sedimento urinario se pone de manifiesto la persistencia de microhematuria (...) (y) se etiqueta de cólico renal indicando su paso a consultas externas./ En diciembre de 2004 es visto en régimen ambulatorio manifestando (...) historia de cólicos renales y refiriendo, en ese momento dolor de tipo cólico a nivel de región lumbar izda. (...). Repetido el estudio urinario persiste microhematuria (...). Se solicita estudio urográfico viéndose el mismo en el mes de mayo de 2005 apreciándose un defecto de repleción en el uréter lumbar izdo. sin repercusión en las vías altas. Asimismo se solicitaron unas citologías urinarias que fueron negativas para malignidad./ Ante la historia de cólicos repetidos, la negatividad de las citologías, la persistencia de la microhematuria y la imagen radiológica antes reseñada se plantea al paciente la realización de una ureterorenoscopia diagnóstica/terapéutica./ Los días

27-5-05 y 8-6-05 acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor de tipo cólico de alta intensidad a nivel de fosa ilíaca izda./ Ante la repetición de los cólicos se acelera el ingreso del enfermo y previa valoración por el Servicio de Anestesia y firma del consentimiento se procedió a ureterorrenoscopia./ En el transcurso de la misma se produjo la avulsión del uréter precisando de cirugía reparadora procediéndose a la reconstrucción de uréter por las técnicas citadas en el informe de alta y en la hoja operatoria./ Es dado de alta con doble J tutelante y tras la posterior retirada del mismo se comprueba la dificultad de paso del contraste desde las cavidades renales al uréter./ Para preservar la función renal se realizó nefrostomía percutánea el día 27-10-05./ El día 2-11-05 fue informado el paciente y su familia de las diversas opciones quirúrgicas que podrían llevarse a cabo (plastia, nefrectomía...)/ El 3-11-05 se entrega al paciente el consentimiento informado para las diversas opciones que podrían llevarse a cabo en el momento de la intervención (sustitución ureteral por asa de intestino, pieloplastia, nefrectomía)/ El día 7-11-06 se procede a intervención quirúrgica. Teniendo en cuenta que la sustitución de uréter por intestino y la plastia pieloureteral puede presentar complicaciones que requieran una nueva intervención el paciente no desea este tipo de intervención prefiriendo la nefrectomía lo cual manifestó en el mismo (*sic*) área de quirófano. Unido al deseo del paciente los hallazgos operatorios inducen a la realización de nefrectomía./ En el posoperatorio el paciente presentó un cuadro etiquetado de pericarditis por el Servicio de Cardiología que lo controló”.

Señala el autor del informe, en cuanto a la necesidad de aplicar técnicas de diagnóstico, que “en el estudio radiológico se evidencia una lesión lacunar a nivel del uréter lumbar izdo. Estas imágenes lacunares pueden corresponder a múltiples patologías desde carcinomas uroteliales, pólipos, cálculos radiotransparentes..., o bien en algunas ocasiones pueden ser artefactos por gas. Por todo lo anteriormente reseñado era preciso llegar a un diagnóstico exacto para realizar el oportuno tratamiento”.

En cuanto a los riesgos del medio diagnóstico empleado, manifiesta que “la avulsión ureteral es una complicación de la ureterorrenoscopia como viene reseñado en la bibliografía. Está incluida dentro del grupo de complicaciones mayores juntamente con la necrosis avascular del uréter. Todo ello está perfectamente reflejado en el consentimiento entregado al paciente previamente a la primera intervención y por tanto es uno de los riesgos que podrían ocurrir durante el acto quirúrgico”.

Respecto a las manifestaciones contenidas en el escrito de reclamación, considera el autor del informe que “tras las intervenciones quirúrgicas se informó a la familia, por los cirujanos que intervinieron de los hechos ocurridos y las actuaciones realizadas, puntualmente y sin omitir ningún dato./ Sin embargo, en el escrito del paciente existen inexactitudes como:/ que fueron informados por el Jefe de Servicio después de las intervenciones. Esto es inexacto ya que el Jefe del Servicio no participó en ninguno de los 2 actos quirúrgicos y por tanto no les informó (...). Es inexacto que informó a los familiares que era gas lo que daba la imagen lacunar en el uréter, lo que es evidente puesto que no intervino en las operaciones. Probablemente confundirían con la información previa, durante el periodo de estudio, que les sería dada y en la cual se comentarían las distintas posibilidades patológicas (...). En el escrito el paciente habla de la aparición posterior en cavidades renales de un cálculo radiotransparente. Durante la ureterorrenoscopia es posible la migración de cálculos ureterales hacia cavidades renales debido al flujo de líquido de irrigación que se mantiene durante la actividad quirúrgica./ Es inexacto que quedase un fragmento de catéter como manifiesta el paciente. Sí que quedó en la región lumbar un pequeño fragmento del drenaje de silicona./ Asimismo, dice el paciente que el Jefe del Servicio le disuadió de ir a otro hospital. El Jefe del Servicio (el abajo firmante) en ningún momento ha hablado con el paciente o su familia en este sentido./ Asimismo, manifiesta que se le dijo que no acudiese a otro centro porque le quitarían el riñón. Esto es

inexacto por el respeto que en este Servicio se siente por el resto de especialistas y de sus conocimientos profesionales”.

Añade que “como se puede apreciar por los consentimientos informados que fueron firmados por el paciente y por el curso clínico que figura en la historia le fueron explicadas claramente las distintas opciones que podrían llevarse a cabo en esta 2ª intervención”.

Finalmente, indica que “hace referencia el paciente a la posibilidad de haber realizado un escáner como diagnóstico. El estudio fundamental de lesiones ureterales es y seguirá siendo durante tiempo el estudio urográfico. Cuando por este medio no se llega a un diagnóstico exacto es norma común en la inmensa mayoría la realización de una ureterorrenoscopia. Esto es así por 2 motivos fundamentales: en primer lugar permite una visualización directa de las lesiones o de las alteraciones anatómicas del uréter. En segundo lugar permite una actuación terapéutica inmediata como puede ser la extracción del cálculo, resección de un tumor ureteral, toma de biopsias, etc. (...). Evidentemente tiene sus complicaciones pero como cualquier otro tipo de prueba diagnóstica/terapéutica. Nos interesa hacer resaltar que esto es así hasta tal punto que este procedimiento diagnóstico se ha generalizado mundialmente en los centros, que están dotados de ureterorrenoscopia incluyendo aquellos centros de cirugía infantil./ Por tanto se realizó la prueba que se consideró y se considera la más adecuada para este tipo de lesiones/imágenes ureterales”.

6. El día 1 de febrero de 2007, el Director Médico del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria una copia de la historia clínica del paciente, “concretamente de la asistencia prestada en el Servicio de Urología”.

Constan entre los documentos remitidos, los siguientes:

a) Informe de alta del Servicio de Urología del Hospital, fechado el 30 de junio de 2005, en el que consta que “el enfermo acudió en reiteradas ocasiones por cólicos renales y únicamente objetivándose sedimentos

patológicos”; el estudio urográfico muestra “riñón izdo. con imagen de defecto de repleción a nivel de uréter lumbar izdo. sin apreciarse claramente la patología que lo causa (...). Se realizaron estudios citológicos con 3 citologías negativas (...). Con fecha 16-6-05 se realiza ureteroscopia exploradora hasta cálices renales no objetivándose patología y en la extracción del ureteroscopio se produce una avulsión del mismo que obliga a la realización de reimplante ureteral (...). Transcurrido el posoperatorio dentro de la normalidad y una vez realizado el estudio urográfico a los 12 días de la intervención y retirada sonda vesical se comprueba permeabilidad con colocación de catéter doble J renovesimal izdo.”

b) Documento de consentimiento informado para ureterorrenoscopia, suscrito por el perjudicado el día 27 de mayo de 2005, en el que, tras explicar que la intervención está indicada “para el estudio de alteraciones uréter-pelvis, no aclaradas por métodos radiológicos convencionales”, con la finalidad de “llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad uretral (...) (y) en algunos casos, resolver dicha enfermedad por vía endoscópica”, se señalan como riesgos, entre otros, los siguientes: “rotura de instrumentos o de catéteres quedando restos en el interior de la vía y que precisan de otras maniobras o intervenciones para su extracción (...). Desinserción del uréter (...) total o parcialmente, que puede requerir de reanastomosis quirúrgica del mismo”.

c) Documento de consentimiento informado para nefrostomía percutánea, firmado por el perjudicado con fecha 25 de octubre de 2005.

d) Documentos de consentimiento informado para las intervenciones de sustitución ureteral por asa intestinal, pieloplastia y nefrectomía simple, suscritos por el interesado con fecha 3 de noviembre de 2005, en los que se reflejan de forma detallada las posibles complicaciones que de la intervención pueden derivarse. En el correspondiente a la nefrectomía simple se señalan, entre otros riesgos, los “defectos estéticos (...) o procesos cicatriciales anormales”.

e) Informe de alta del Servicio de Urología del Hospital, fechado el 16 de noviembre de 2005, tras la extirpación renal, en el que se refleja que “se procede el día 07-11-05 a intento de cateterismo que es infructuoso y posteriormente nefrectomía simple del riñón izdo.”, y se recogen las siguientes recomendaciones al alta: “curas locales de herida con retirada de grapas en un plazo de 4-5 días./ Revisión en consultas externas de Urología, el día 15 de diciembre de 2005 a las 16 horas”.

7. Con fecha 12 de febrero de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que analiza la actuación de la Administración sanitaria. Señala en él que “una vez analizada detenidamente la documentación obrante en el expediente, pueden extraerse las siguientes conclusiones: (...) El reclamante había presentado diversos episodios de cólico renal, siendo el dolor y la hematuria microscópica las únicas manifestaciones clínicas de los mismos. El estudio urográfico mostró una lesión lacunar en el uréter izquierdo, que podía responder a múltiples patologías (...). Para llegar al diagnóstico etiológico exacto y realizar el oportuno tratamiento, lo indicado era la realización de una ureterorrenoscopia (...). En la realización de este procedimiento se produjo la avulsión del uréter izquierdo, es decir, la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento, como tal contemplado en el documento de consentimiento informado que el paciente hubo de firmar con carácter previo a la intervención. Se trata de una complicación poco frecuente, imposible de prever y evitar, y que fue tratada de forma inmediata de manera correcta mediante cirugía reparadora (...). Se implantó un catéter doble J tutelante y, una vez retirado, un estudio urográfico de control evidenció una dificultad de paso del contraste desde la pelvis renal al uréter, por lo que para preservar la función renal se realizó una nefrostomía percutánea, a la espera de una solución quirúrgica definitiva (...). El paciente y su familia fueron informados de

las distintas opciones quirúrgicas existentes entonces (sustitución del uréter por un asa intestinal, pieloplastia o nefrectomía) haciéndose entrega al paciente de los documentos de consentimiento informado para cada uno de los procedimientos mencionados (...). El paciente varios días después fue sometido a una nefrectomía. Se eligió esta alternativa terapéutica por deseo del paciente (...) aunque la más radical conllevaba menos posibilidad de complicaciones. Los hallazgos operatorios fueron otro factor que indujo a la utilización de esta técnica (...). Respecto a la pericarditis sufrida en el posoperatorio es ésta una complicación no imputable a la atención médico-quirúrgica recibida que escapa del control del equipo médico responsable del paciente. Tan pronto como se sospechó de su presencia fue correctamente diagnosticada y tratada”.

Finalmente, afirma que “los medios empleados eran los adecuados para llegar al diagnóstico correcto de la entidad patológica sufrida por el reclamante, la primera de las intervenciones quirúrgicas realizadas contaba con el previo consentimiento del paciente, estaba indicada y ningún reproche cabe ponerle desde el punto de vista técnico. A pesar de ello se vio complicada por la aparición de uno de los riesgos típicos inherentes al procedimiento, como tal contemplado en el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante. Se trata de un riesgo recogido en la literatura médica. La segunda de las intervenciones efectuadas era igualmente la indicada entre las diversas opciones existentes; fue la elegida por el reclamante y, a la vista de los hallazgos operatorios, era la más idónea”, por lo que considera que la “reclamación (...) carece de fundamento y (...) debe ser desestimada”.

8. Con fecha 13 de febrero de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y del expediente a la correduría de seguros.

9. El día 5 de marzo de 2007 se emite informe médico, suscrito por un doctor especialista en Urología, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora.

Se recoge en él que “la mayoría de las litiasis urinarias están formadas (por) minerales (calcio, fosfato, magnesio, etc.) que impiden el paso a su través de los rayos X produciendo una imagen opaca en las radiografías. Existen varios tipos de litiasis (ácido úrico, cistina, etc.) que permiten el paso de los rayos X a su través denominándose `radiotransparentes´, siendo imposible su diagnóstico en las radiografías simples. En las radiografías con contraste (urografías) estas litiasis dan una imagen que se denomina `defecto de repleción´ o `laguna de contraste´. Los tumores del uréter y los coágulos se manifiestan en la urografía también con la misma imagen. Por lo tanto ante una `laguna de contraste´ es necesario la realización de un diagnóstico diferencial entre litiasis y tumor./ La ureterorrenoscopia (...) es la técnica diagnóstica con mayor rendimiento, ya que a través de él se puede introducir diverso instrumental quirúrgico (...), en ocasiones en el mismo acto diagnóstico se puede realizar el tratamiento, ahorrándole al paciente tiempo y sufrimiento./ Las complicaciones de la ureterorrenoscopia se cifran en la literatura en un 2-20%, las más frecuentes son: la perforación del uréter, el sangrado, la sepsis urinaria y la estenosis ureteral. La avulsión ureteral es muy poco frecuente (...), se cifra en la literatura con una frecuencia del 0,6%”.

Se indica que en el caso concreto examinado “la técnica de la ureterorrenoscopia se realizó de forma correcta, aunque la progresión del endoscopio fue dificultosa por la existencia de un uréter de pequeño calibre. Al extraer el endoscopio se produjo una avulsión ureteral (...). El paciente firmó un documento de consentimiento informado específico para ureterorrenoscopia donde se explica la técnica y sus posibles complicaciones (...). La avulsión se diagnosticó inmediatamente y se procedió a su reconstrucción quirúrgica en el mismo acto operatorio (...). La técnica reconstructiva fracasó, probablemente

debido a estenosis ureteral, y se le informó al paciente de las posibles opciones de tratamiento (firmó varios documentos de consentimiento para distintas técnicas). El paciente prefirió la extirpación del riñón (nefrectomía) (...). 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´.

10. Mediante escrito de 29 de marzo de 2007, notificado el día 4 del mes siguiente, se comunica a la parte la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días.

11. Con fecha 9 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la compañía aseguradora que “notificado el trámite de audiencia (...), ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

12. El día 15 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, razonando que “en el caso que nos ocupa la actuación de los facultativos del (SESPA) que han intervenido en la asistencia emplearon los medios adecuados para llegar al diagnóstico correcto de la entidad patológica sufrida por el reclamante. La primera de las intervenciones quirúrgicas realizadas contaba con el previo consentimiento del paciente, estaba indicada y ningún reproche cabe ponerle desde un punto de vista técnico. A pesar de ello se vio complicada por la aparición de uno de los riesgos típicos inherentes al procedimiento, como tal contemplado en el documento de consentimiento informado firmado por el perjudicado. Se trata de un riesgo recogido en la literatura médica. La segunda de las intervenciones efectuadas era igualmente la indicada entre las diversas opciones existentes; fue la elegida por el reclamante y, a la vista de los hallazgos operatorios, era la

más idónea. Por otra parte, la pericarditis no es atribuible al proceso médico-quirúrgico al que el reclamante fue sometido y escapa del control del equipo médico. Además, tan pronto (como) hizo su aparición fue pronta y correctamente diagnosticado y tratado./ En definitiva, la actuación de cuantos profesionales intervinieron en la atención sanitaria del reclamante fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*".

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de junio de 2007, registrado de entrada el día 13 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 de la Administración 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 dispuesto 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 establecido 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 2 de noviembre de 2006, habiéndose producido el alta hospitalaria tras la intervención de nefrectomía simple el día 16 de noviembre de 2005, por lo que es claro que lo fue 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 al reclamante a los 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 ella, “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 el procedimiento. 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 la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia 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. Recibida la reclamación en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 8 de noviembre de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 13 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello 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.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al considerar que los daños que padece son consecuencia de una mala praxis en la práctica de una prueba diagnóstico-terapéutica que, por otra parte, según afirma, “no había necesidad de realizar de haber efectuado otras pruebas”.

En cuanto a la efectividad del daño, resulta acreditado en el expediente que al interesado le fue extirpado el riñón izquierdo y que, con motivo de la atención sanitaria que da origen a la reclamación, estuvo hospitalizado durante los periodos comprendidos entre el 15 y el 30 de junio, del 19 al 23 de julio y del 24 de octubre al 16 de noviembre, todos ellos de 2005. Ahora bien, la mera producción de tales perjuicios no puede generar *per se* la imputación de responsabilidad a la Administración, pues aquella exige, como hemos expuesto en la consideración anterior, que el daño alegado guarde relación de causalidad con la asistencia recibida.

Debemos comenzar recordando que, 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, o la falta de curación, 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 obtención de resultados concretos.

Por lo tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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. También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Como consta en la historia clínica, en el mes de diciembre de 2004 se practicó al interesado, entre otras pruebas, una urografía o radiografía con contraste del aparato urinario que mostraba un defecto de repleción en el uréter izquierdo. Al no poder apreciarse claramente a qué patología correspondía tal imagen, se propuso al paciente la práctica de una exploración endoscópica del uréter -ureterorrenoscopia- que, tras la firma del pertinente consentimiento informado, fue llevada a cabo el día 16 de junio de 2005. Durante la realización de dicha prueba se materializó una de las complicaciones típicas, aunque no frecuentes, de dicha técnica diagnóstico-terapéutica, cual es la desinserción o avulsión ureteral, como tal reflejada en el documento de

consentimiento informado suscrito por el interesado. Inmediatamente se procedió a su reanastomosis quirúrgica que, sin embargo, fracasó. Tras realizar una nefrostomía percutánea para preservar la función renal, se plantearon al paciente diversas opciones quirúrgicas (sustitución ureteral por asa intestinal, pieloplastia o nefrectomía). Suscritos por el interesado, con fecha 3 de noviembre de 2005, los documentos de consentimiento informado para las tres intervenciones posibles, el día 7 del mismo mes se practicó una nefrectomía. En este punto difieren el relato de los hechos que hace el reclamante y la versión de los mismos que mantiene el Jefe del Servicio de Urología del Hospital en su informe de 8 de enero de 2007. Mientras el perjudicado atribuye la decisión de extirpar el riñón al Jefe del Servicio interviniente, el cual, según afirma, antes de la intervención les había comunicado a él y a su familia que “su intención es salvarle el riñón”, en el informe del mismo Servicio se señala que fue el paciente quien manifestó, “en el mismo área de quirófano”, su preferencia por la nefrectomía, añadiendo que, “unido al deseo del paciente, los hallazgos operatorios inducen a la realización de nefrectomía”. Sobre este particular, el informe de alta, fechado el 16 de noviembre de 2005, refleja que “se procede el día 07-11-05 a intento de cateterismo que es infructuoso y posteriormente nefrectomía”, por lo que podemos razonablemente concluir que, intentada la alternativa conservadora, se optó, al fracasar aquélla, por la que, pese a ser la más radical, había sido consentida por el paciente y resultaba idónea.

Imputa el reclamante al servicio público sanitario, aunque sin aportar prueba alguna al efecto, una mala praxis en la realización de una ureterorrenoscopia. Frente a lo señalado por la parte, todos los informes obrantes en el expediente avalan que la prueba fue realizada de forma correcta, y que la complicación surgida -avulsión ureteral- no se produjo como consecuencia de una técnica reprochable desde el punto de vista técnico, sino debido a la estenosis del uréter examinado. Debe destacarse, asimismo, que el

riesgo de sufrir tal complicación había sido conocido y consentido por el perjudicado.

Considera el interesado, asimismo, que la prueba diagnóstica empleada y, con ella, la complicación surgida podían haberse evitado de haberse realizado un escáner; prueba radiológica que, según afirma, no se practicó, pese a solicitarla el paciente y su familia, “por intentar ahorrar dinero”. En relación con ello, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que la ureterorrenoscopia, en tanto permitía una “visualización directa de las lesiones o de las alteraciones anatómicas del uréter”, como indica el informe del Servicio afectado, era la prueba diagnóstica indicada, pues, a la vista de los hallazgos de la urografía, las técnicas basadas en el empleo de rayos X resultaban a este propósito inútiles, a tenor del dictamen médico elaborado a instancias de la compañía aseguradora. Así, se recoge en el mismo que “existen varios tipos de litiasis (...) que permiten el paso de los rayos X a su través (...), siendo imposible su diagnóstico en las radiografías simples. En las radiografías con contraste (urografías) estas litiasis dan una imagen que se denomina ‘defecto de repleción’ o ‘laguna de contraste’. Los tumores del uréter y los coágulos se manifiestan en la urografía también con la misma imagen. Por lo tanto ante una ‘laguna de contraste’ es necesario la realización de un diagnóstico diferencial entre litiasis y tumor”, siendo la ureterorrenoscopia, según dictamen, la “técnica diagnóstica con mayor rendimiento (...), ya que (...) en ocasiones en el mismo acto diagnóstico se puede realizar el tratamiento”.

En definitiva, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en avalar, sin que tales extremos hayan sido desvirtuados por actividad probatoria de parte, que la actuación prestada por el sistema sanitario público fue ajustada en todo momento a la *lex artis ad hoc*, de modo que no ha resultado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado dañoso imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que la complicación surgida durante la práctica de la

ureterorrenoscopia, origen de la nefrectomía en que se sustenta la reclamación, constituye un riesgo típico y consentido por el interesado y, consecuentemente, el daño no resultaría antijurídico.

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 don

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.