

Expediente Núm. 435/2009
Dictamen Núm. 262/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de noviembre de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 16 de diciembre de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario con ocasión de una intervención quirúrgica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de enero de 2009, el interesado presenta en un registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria recibida tras someterse a una operación de cirugía abdominal en un hospital público.

Relata que tras ingresar en el centro hospitalario el día 19 de diciembre de 2007, se somete el día 21 del mismo mes a una intervención quirúrgica para

el tratamiento de la patología que padece, un vólvulo de sigma. Indica a continuación que “inmediatamente después de superar los efectos de la anestesia (...), notó una inmovilidad casi completa en la totalidad del brazo izquierdo (...); ese mismo día le pasa consulta (...) un cirujano, un anestesista, un traumatólogo y un neurólogo (...). A partir de ese momento (...), comienza el calvario padecido (...), sucediéndose diversas consultas, revisiones y pruebas tanto en el servicio de cirugía para control de la operación en sí misma, como en el de Rehabilitación, Neurología y Cirugía Plástica del hospital (...), con la finalidad de diagnosticar la patología padecida, sobrevenida como consecuencia de la operación, y pautar el tratamiento necesario”. Indica también que durante el ingreso presentó una hoja de reclamación, cuya copia adjunta, en la que expresaba su malestar y la falta de diagnóstico en ese momento, obteniendo respuesta del Gerente del centro. En relación a la misma, considera que no satisfizo su exigencia de “una respuesta acerca de lo ocurrido en aquella operación”, puesto que no se trataba de una “queja de escasa importancia (...) sino de una reclamación propiamente dicha”.

Continúa describiendo el tratamiento recibido en los Servicios de Cirugía General, Rehabilitación y Neurología, adjuntando diversa documentación relativa al mismo: Informe del Servicio de Cirugía General, en el que consta “postoperatorio con paresia en brazo izdo.”; informe del Servicio de Rehabilitación, en el que se refleja “lesión de tronco superior y medio de plexo braquial izdo.”, posterior a intervención quirúrgica de cirugía abdominal, por la que recibe “fisioterapia y terapia ocupacional con lenta mejoría”, recibiendo el alta en ese Servicio el 4 de septiembre de 2008, y varios estudios de neurofisiología clínica. Aporta también un informe radiológico elaborado por otro hospital, en el que, tras la práctica de una resonancia magnética, se excluye “cualquier patología previa en relación con la columna cervical, miembros superiores o afectación neurológica que sean causa de una lesión neurológica”.

Señala asimismo que ha sido “examinado de forma privada por (un neurólogo) y por (un) especialista universitario en valoración médica del daño

corporal e incapacidades laborales”, adjuntando los informes emitidos por ambos, así como las facturas correspondientes al servicio prestado. El primero de ellos constata, en fecha 18 de septiembre de 2009, que “aunque se ha producido una mejoría importante, le restan secuelas tanto del tropismo como de la fuerza en la extremidad superior izquierda en grado IV/V globalmente”. El segundo refleja en un informe suscrito el día 29 de octubre de 2008 que “ha habido una mala manipulación del paciente durante su intervención quirúrgica; la patología del plexo braquial no se hubiera producido con una manipulación correcta del paciente”, y precisa que la “mala manipulación” se produce, “bien para colocarle en la mesa de la intervención, movilizaciones durante la intervención misma o bien en la manipulación para quitarle de la mesa de quirófano a la camilla y posteriormente a su cama”. Igualmente, señala que a consecuencia del daño el reclamante ha estado de baja desde el 19 de diciembre de 2007 hasta el 5 de septiembre de 2008 -lo que se acredita mediante los partes de alta y baja laboral-, a lo que añade la presencia de las siguientes secuelas: a) Funcionales, consistentes en “la afectación de raíces del plexo braquial en su parte superior, que afectan a nervios axilar (o circunflejo), musculocutáneo y radial y por tanto a los músculos inervados (deltoides, bíceps y tríceps) con atrofia de deltoides del brazo y del antebrazo izquierdos, con disminución de la fuerza en miembros superior izquierdo y parestesias del 1º y 2º dedos”. b) Estéticas, “consistentes en atrofia muscular visible en miembro superior izquierdo”.

Atendiendo a todo lo anterior, el interesado cuantifica la indemnización solicitada en cincuenta y seis mil ciento cincuenta y seis euros con noventa y un céntimos (56.156,91 €), conforme al siguiente desglose: 674,50 €, correspondientes a gastos médicos; 13.642,20 €, correspondientes a 260 días improductivos, a razón de 52,47 € por día; 1.364,22 €, correspondientes a 10% de “factor de corrección”; 36.796,36 €, por secuelas que valora en 29 puntos y, finalmente, 3.679,63 €, correspondientes a 10% de “factor de corrección”.

2. Mediante escrito de 22 de enero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 6 de febrero de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita a la Gerencia del hospital en que fue atendido el paciente remisión de copia de la historia clínica de la misma, documento de consentimiento informado e informe clínico de los responsables del proceso asistencial.

4. Con fecha 16 de febrero de 2009, el Gerente del hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado, en la que se incluyen los documentos de consentimiento informado para la realización de anestesia general, resección intestinal por cirugía abierta, anestesia loco-regional y colonoscopia-ileoscopia. El 23 de febrero remite copia de los informes emitidos por los Servicios de Cirugía General y Rehabilitación, y el 19 de marzo, informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

En el primero de ellos, de fecha 19 de febrero de 2009, se indica que “la actuación de los miembros de este Servicio de Cirugía General durante toda la asistencia al mismo fue correcta y ajustada a la buena praxis médica”. El informe del Servicio de Rehabilitación, de 20 de febrero, refleja el tratamiento dispensado al paciente en el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2008 y el 4 de septiembre del mismo año, fecha en que recibe el alta “con la secuela de: función de miembro superior izquierdo normal, salvo leve hipoestesia en 1º y 2º dedos”, y añade que “llama particularmente la atención que en el escrito del reclamante no conste la mínima secuela establecida por el médico rehabilitador, con posible evolución favorable de la misma dadas las pruebas ENMG practicadas y el escaso tiempo transcurrido (las lesiones de plexo braquial tienen un tiempo estimado de recuperación de 6 a 24 meses)”. El

informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación refiere que a la posición para la intervención quirúrgica practicada “es de decúbito supino, con brazo izquierdo en extensión, en Trendelemburg forzado (cabeza en posición declive respecto al plano horizontal). El brazo referido es el utilizado para el acto anestésico propiamente dicho (vía venosa, inducción anestésica y su mantenimiento, etc.), puesto que el derecho se sitúa paralelo al cuerpo del paciente, sin tener acceso al mismo anestesiólogo durante la intervención quirúrgica”; explica que “tras la inducción anestésica al paciente, se procede a la colocación del mismo, lo más fisiológicamente posible. El cirujano se sitúa al lado del brazo izquierdo, por delante del mismo, originando en ocasiones extensión forzada del referido (involuntaria) que puede ser causa de lesión del plexo braquial y en consecuencia la paresia del mismo”, concluyendo que “en ningún momento el anestesiólogo manipula la posición del paciente durante el referido acto quirúrgico, por lo que las secuelas no le pueden ser imputadas en este caso”.

5. Con fecha 20 de julio de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración, señalando que, consultada bibliografía específica, “la incidencia de la ocurrencia de (la) lesión nerviosa periférica, tras ser sometido a cirugía abdominal (...) varía según los autores, pudiendo en el caso que nos ocupa, haber influido en la producción de la misma la posición para esta intervención que es en decúbito supino con el brazo izquierdo en extensión, en posición forzada, siendo el brazo utilizado para el acto anestésico, y tras ser realizada la inducción anestésica, se coloca el brazo en la posición más fisiológica posible, pero al colocarse el cirujano para practicar la intervención por delante del brazo, a veces de manera lógicamente involuntaria se fuerza el mismo, pudiendo ser este forzamiento la causa de la paresia del plexo braquial. En otras ocasiones, otro factor a considerar, puede ser la existencia de hematoma y la compresión ejercida por éste en el plexo braquial, ocasionando la paresia. Otras veces la causa es el alargamiento

forzado, etc. En el caso que se juzga, es evidente que presentó el paciente una paresia del plexo braquial, secuela no descrita en el consentimiento informado, documento que el paciente había firmado y asumido los riesgos derivados de la intervención, pero, aunque no se considere 'riesgo típico' de una volvulectomía, sí es riesgo común derivado de la práctica de una técnica quirúrgica, surgiendo a veces efectos indeseables que pueden afectar a todos los órganos y sistemas", recordando que el documento de consentimiento informado para resección intestinal por cirugía abierta recoge esta posibilidad en su epígrafe "riesgos generales y específicos del procedimiento", considerando la Inspectoría que se trata de uno de los "inherentes a la propia técnica quirúrgica".

Afirma que "no se debe a una mala praxis, sino que es una complicación o efecto secundario no muy frecuente en intervenciones quirúrgicas como la practicada, pero aunque no pueda encuadrarse en 'riesgos específicos' del procedimiento, sí es encuadrable en 'riesgo común', siendo valorable, la evolución favorable del proceso y que a los seis meses (...), el paciente está prácticamente recuperado".

El informe concluye afirmando que "las complicaciones aparecidas, fueron abordadas de forma correcta y ajustadas a la buena praxis médica, siendo la evolución favorable" y "estando obligado el paciente a soportar este efecto indeseable al no encontrar indicios de mala praxis".

6. Mediante escritos de 28 de julio de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

7. Con fecha 15 de septiembre de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Cirugía General y Digestivo. Entre las consideraciones médicas efectuadas, se afirma que la "posición de Trendelenburg", "para la intervención de sigmoidectomía por vía laparoscópica, es la clásica y la que se sigue en la mayoría de los centros". Como conclusiones, se establecen, entre otras, que "la patología que

presenta el paciente tras la cirugía no es un riesgo exclusivo de la cirugía de colon, sino que es inherente a cualquier tipo de cirugía con anestesia general, en la que se introduzcan líquidos y fármacos anestésicos por vía parenteral, a través de una vía colocada en uno de los miembros superiores”, así como que “la cirugía se lleva a cabo en tiempo y forma correctos”, que “se pusieron a disposición del paciente todos los medios hospitalarios necesarios para el tratamiento de su patología” y, finalmente, que “todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta”.

8. Con fecha 29 de septiembre de 2009, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remisión del expediente administrativo, a fin de trasladarlo a la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, en relación con el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el reclamante contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

9. Con fecha 30 de octubre de 2009, se notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento.

10. Con fecha 30 de noviembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma se considera, “tras el estudio de todo el historial clínico, que la asistencia prestada fue acorde a la *lex artis*”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de diciembre de 2009, registrado de entrada el día 22 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 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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta el 14 de

enero de 2009, habiendo recibido el alta en el Servicio de Rehabilitación el 4 de septiembre de 2008, por lo que es claro que la reclamación ha sido presentada dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de estarse al pronunciamiento judicial. Observación ésta que tiene la

consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 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.- El reclamante interesa una indemnización por una patología surgida en el curso de una intervención quirúrgica de resección de sigma, por los daños asociados a su tratamiento y por las secuelas que derivaron de ella. Resulta acreditado que el interesado, tras ser intervenido, sufrió "paresia de plexo braquial", permaneciendo de baja laboral desde el momento del alta en el Servicio de Cirugía, el 28 de diciembre de 2007, hasta el 4 de septiembre de 2008, fecha en que recibe el alta en el Servicio de Rehabilitación. En cuanto a las secuelas derivadas de dicha lesión, a la vista de lo informado por el Servicio de Rehabilitación, el paciente presentaba al producirse el alta, como secuela, "leve hipoestesia en 1º y 2º dedos", "con posible evolución favorable de la misma".

En todo caso, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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*.

Por 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 ha subrayado este Consejo 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En su escrito de reclamación, el interesado, sobre la base de las hipótesis que formula un especialista privado en valoración del daño corporal en un informe que aporta junto con su escrito inicial, considera que la lesión que origina el conjunto de daños cuya reparación pretende es consecuencia, "sin lugar a dudas", de una "mala manipulación del paciente" durante la intervención quirúrgica a la que hubo de someterse, argumentando que si la manipulación hubiera sido correcta, la patología no se habría producido, por lo que "existe una mala praxis". Tales afirmaciones se formulan sin soporte

indiciario o probatorio alguno, como si los hechos hablaran por sí mismos, y la mera producción de un daño demostrara el origen de su causación.

Los informes incorporados al expediente durante la instrucción del procedimiento proporcionan una explicación más trabajada. En efecto, salvo el del Servicio de Cirugía, que se limita a negar la imputación, comunicando escuetamente que “la actuación de los miembros de este Servicio (...) durante toda la asistencia al mismo fue correcta y ajustada a la buena praxis médica”, el resto de los informes técnicos y los emitidos por los Servicios intervinientes son concluyentes.

El Servicio de Anestesiología informa sobre la posición corporal en que se coloca al paciente para esta intervención, precisando que “tras la inducción anestésica (...), se procede a la colocación del mismo, lo más fisiológicamente posible”, lo que en ocasiones origina una “extensión forzada” del brazo izquierdo, “involuntaria”, “que puede ser causa de lesión del plexo braquial”, sin que “en ningún momento” durante la operación el anestesiólogo manipule la posición del enfermo. Esta postura es, según informan varios especialistas en cirugía a instancia de la compañía aseguradora, “la clásica y la que se sigue en la mayoría de los centros (...) para la intervención de sigmoidectomía por vía laparoscópica”, y en la que permaneció el reclamante durante las 4 horas que duró la intervención a la que se sometió, según consta en la hoja de atención de enfermería quirúrgica que obra en la historia clínica. Tales especialistas en cirugía concluyen, tras diversas consideraciones médicas sobre la complicación surgida, que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta.

El informe técnico de evaluación afirma que la lesión “no se debe a una mala praxis”, calificándola de “complicación o efecto secundario no muy frecuente”, que sin constituir un “riesgo específico” o “típico” de los descritos en el consentimiento informado para resección intestinal por cirugía abierta, sí se encuadra en los “riesgos generales” que “de manera genérica” se recogen en el documento que ha suscrito el paciente tras reconocer expresamente que comprendía “que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su

correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento”.

Frente a tales consideraciones, ninguna alegación o informe técnico contradictorio opone el reclamante durante el trámite de audiencia. Si bien el informe de valoración del daño corporal que aporta junto con su escrito inicial resulta categórico al afirmar que la lesión se produjo, “sin lugar a dudas”, por una “mala manipulación”, pues “la patología del plexo braquial no se hubiera producido con una manipulación correcta del paciente”, del conjunto de informes técnicos aportados por la Administración se deduce, por el contrario, que “consultada bibliografía específica, la incidencia en la ocurrencia de ésta lesión varía según los autores”, pero en todo caso influye “en la producción de la misma la posición para esta intervención”. Tal causa, la “posición” mantenida durante la intervención, que puede implicar una “hiperextensión forzada del MSI (...), complicación descrita en aquellas cirugías que necesitan para su realización la extensión de alguno de los brazos en cruz” -como destacan los especialistas en cirugía-, no es equiparable sin más a una “mala manipulación” del paciente, “bien para colocarle en la mesa de intervención, movilizaciones durante la intervención misma o bien en la manipulación para quitarle de la mesa de quirófano a la camilla y posteriormente a su cama”, como se limita a afirmar sin razonamiento técnico de apoyo el citado informe emitido por un especialista privado en valoración del daño corporal.

A la vista de lo anterior, concluimos que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada al interesado hubiera violado la *lex artis ad hoc*; el daño principal alegado -una lesión de tronco superior y medio de plexo braquial izquierdo subsiguiente a una intervención quirúrgica de cirugía abdominal bajo anestesia general- no guarda relación con una mala práctica médica, sino que se trata de un riesgo general inherente a la cirugía, encuadrable en los recogidos en el documento de consentimiento informado suscrito, y no resulta 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, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.