

Expediente Núm. 250/2013  
Dictamen Núm. 237/2013

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*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 14 de noviembre de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de julio de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un retraso diagnóstico y terapéutico por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 10 de enero de 2013, un letrado, en nombre y representación de la perjudicada, presenta en una oficina de empleo de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un retraso diagnóstico y terapéutico por parte del servicio público sanitario.

Refiere que el día 10 de enero de 2012 la perjudicada acude al Hospital ..... "para revisión de su embarazo de 9 meses de gestación", y que tras ser monitorizada se le informa que "todo estaba dentro de la normalidad". Al día siguiente acude al Servicio de Urgencias del mismo hospital "por rotura de la bolsa", es ingresada en planta y monitorizada y, puesto que "la dilatación iba muy rápida", pasa a paritorios, donde, tras serle administrada la anestesia epidural, "la dilatación comenzó a ir muy lenta", por lo que, "tras 22 horas intentando el parto natural, el ginecólogo le comentó que tenía la pelvis muy baja y que (...) lo indicado era realizar una cesárea". Mientras tanto, se realiza en dos ocasiones "la prueba del pH en la calota fetal con el fin de comprobar el bienestar del feto, dando el resultado dentro de la normalidad", y, finalmente, "a las tres de la madrugada del día 12 de enero, cuando la paciente presentaba 9 cm de dilatación", se le practica una cesárea; "al despertar siente un fuerte dolor en la zona del riñón derecho. Le indican que el dolor es normal".

El día 13 de enero "sigue presentando mucho dolor en el riñón derecho y le indican que es un dolor postural, que debe (...) cambiar la postura e ir al baño para eliminar los efectos de la anestesia y los gases", le prescriben un analgésico y le explican que "el dolor era normal, sin indicar ninguna prueba diagnóstica que descartara patología o complicación tras la intervención", y, aunque "tenía el abdomen paralizado (...), se le indicó el alta hospitalaria (para) el día siguiente". Como el día 14 "se encontraba peor" y "presentaba fiebre" no fue dada de alta según lo previsto, retrasándose la misma hasta el día siguiente, 15 de enero, a pesar de su estado "febril" y sin someterla a "ninguna prueba diagnóstica".

El 16 de enero, a causa del "fuerte dolor", acude a su médico de Atención Primaria del Centro de Salud ....., que la remite al Servicio de Urgencias del Hospital ....., donde se le hace, "por primera vez, una eco que refleja inflamación y (...) un cultivo de orina que da negativo". Trasladada a Maternidad del hospital le realizan otra ecografía, "esta vez abdominal, indicándole que tiene inflamado el uréter y el riñón, pero que es (algo) normal después de un parto", por lo que es dada de alta con el diagnóstico de "dolor

abdominal inespecífico”, si bien se le “administra Buscapina para mitigar el dolor”. Añade que “en el informe de ecografía abdominal de Urgencias (...) se indicaba la necesidad de valorar `estasis urinaria versus proceso infeccioso incipiente´. Sin embargo, se pasó por alto la indicación (...) y, una vez más sin realizar ninguna prueba diagnóstica que descartara o confirmara la patología, se le dio el alta”.

El día 20 de enero la perjudicada “ha empeorado notablemente”, sigue con “mucho dolor, sin poder dormir y con fiebre de 39,8 °C”, por lo que acude al Servicio de Urgencias del referido hospital, donde queda ingresada por “síndrome febril posparto”; el 23 de enero se solicita una nueva “eco abdominal” y se realiza interconsulta al Servicio de Urología; el 24 de enero le informan que “parece ser” que padece “una pielonefritis aguda que está pasando a ser complicada y que ese es el motivo de solicitar interconsulta a Urología y una nueva eco abdominal”, tras cuya realización se aprecia una “inflamación en el riñón y el uréter y (...) algunas calcificaciones”; por fin, el Servicio de Urología le practica una nefrostomía, aunque sin “el preceptivo consentimiento informado de la paciente”.

Tras las quejas presentadas por su esposo en el Servicio de Atención al Paciente debido a lo que entiende como una falta de atención por parte de los urólogos, el día 27 un facultativo del Servicio de Urología le comunica que “está solicitado por parte de Ginecología un TAC”.

El 28 de enero de 2012 la perjudicada presenta “un dolor fuerte que le impide respirar. Tras realizar una placa de tórax, se le administra Lexatín, y al día siguiente en el Servicio de Neumología (se) le indica que se trata de un dolor muscular y es dada de alta en dicho Servicio”.

Con fecha 30 de enero se le realiza un TAC y, a petición del “Servicio de Infecciosos”, se estudia además “la zona del pulmón”, apreciándose “atelectasias en el pulmón izquierdo”, y al día siguiente “se levanta con una reacción alérgica” que, según le informan, puede deberse al “contraste del TAC”. El 3 de febrero se le practica “una pielografía” con contraste en la que se comprueba la existencia de una obstrucción del uréter, que es diagnosticada

como "estenosis de uréter dcho.", y se le informa que la misma "fue provocada en la cesárea", indicándosele que debe ser intervenida para realizar "una reimplantación ureteral". El día 1 de marzo es intervenida quirúrgicamente con ese fin, comprobándose que un "trozo de uréter estaba ya calcificado", y el 6 de marzo "le quitaron la nefrostomía y la sonda", recibiendo el alta al día siguiente "con un doble J desde el riñón hasta la vejiga", que le retiran finalmente el 20 de marzo.

El 2 de mayo de 2012, en una revisión en el Servicio de Neumología "se le explica por primera vez que ha sufrido una neumonía nosocomial intrahospitalaria" y el 8 de mayo el urólogo le prescribe una ecografía debido al fuerte dolor que sufre al orinar, siendo diagnosticada, el 19 de junio, de "ITU de repetición". Con fecha 4 de julio, en la consulta de la ginecóloga se le entrega el informe de un urinocultivo, "indicándole que es la misma bacteria que tuvo en la sangre durante el ingreso, y le aconseja que tome arándanos y vitamina C. Ese día se le da el alta en el Servicio de Ginecología". Durante el mes de julio padece "molestias y fiebre", diagnosticándosele en un hospital de Puerto Real (Cádiz), con ocasión de un viaje, una "infección de orina".

Los días 2 y 3 de agosto vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital ..... "por fiebre, molestias al orinar y dolor en el riñón derecho", se le prescribe tratamiento con Ibuprofeno y se le indica un urinocultivo. El 8 de agosto es vista de nuevo por el urólogo de Urgencias, que le "prescribe antibiótico durante 10 días", posteriormente "un urinocultivo" y, además, "un tratamiento de profilaxis para (...) cuando finalice el tratamiento (antibiótico) de 10 días". El 5 de septiembre vuelve al Servicio de Urgencias por presentar 39 °C de fiebre, se le realizan hemocultivos, que muestran resultados "dentro de la normalidad", y un cultivo de orina, que "arroja infección, pero que no es nada significativa", recibiendo el alta con tratamiento antibiótico.

El 19 de septiembre, en la consulta de Urología, se "le indica que los hemocultivos dieron negativo", se le prescriben nuevas pruebas, se "le da un tratamiento" y se la cita para la siguiente semana. El 26 de septiembre el mismo médico le informa que "el urinocultivo dio negativo, por lo que debe

continuar con el tratamiento pautado”, y le indica que debe realizar urinocultivos en su centro de salud “una vez al mes durante los tres meses de tratamiento, y que dentro de 3 meses regrese a consulta”.

El 3 de noviembre acude a Urgencias por fiebre y molestias en el abdomen y riñón, le diagnostican “infección de orina (...)” y le pautan un antibiótico distinto a la espera (de) que llegue el urinocultivo. Igualmente, se le da profilaxis con (un) nuevo antibiótico para 6 meses”. El 23 de noviembre “es vista de nuevo (...)” en consultas externas. Me pauta una vacuna personalizada (100%) E. Coli” y, tras una semana “con la vacuna, una vez más presenta infección de orina. Acude al centro de salud (...)” y (se) le deriva a Urgencias” del Hospital ....., donde se le prescribe tratamiento antibiótico y se “le pauta como profilaxis tomar Fosfomicina hasta que termine la vacuna o (...) vuelva a la consulta de Urología (...) prevista para febrero de 2013”.

Considera que en la asistencia prestada “existieron varios aspectos que no se ajustan a la lex artis”. Así, “no se ha dado ninguna justificación lógica y coherente a la obstrucción provocada al realizar la cesárea”, que se llevó a cabo “sin obtener el preceptivo consentimiento, sin informarle de los riesgos y alternativas al mismo, sometiéndola a unos riesgos de los cuales no se informó y que finalmente se dieron”. Además, “existió un grave e injustificado retraso en el diagnóstico de la obstrucción, y por ende un grave retraso en el tratamiento”, a lo que se añade el hecho de que la perjudicada sufrió “una infección intrahospitalaria durante su ingreso”, que “no puede considerarse como un caso de fuerza mayor, no solo porque se ha generado en el ámbito interno hospitalario y en el contexto de un acto de asistencia sanitaria, sino también por su carácter previsible”.

Por lo que se refiere a la cuantificación de la indemnización, señala que “se desconoce el alcance de los daños sufridos”, y subraya que “sigue requiriendo tratamiento”, sin que “se pueda establecer un fin del periodo de curación”.

Adjunta un poder notarial que acredita la representación en favor del letrado que actúa en su nombre.

**2.** Mediante escrito de 22 de enero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al representante de la interesada la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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 28 de enero de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de los Servicios de Obstetricia, de Urología y de Higiene Hospitalaria y/o Medicina Preventiva del Hospital .....

**4.** Mediante escrito de 31 de enero de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remita al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada.

**5.** El día 11 de febrero de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor el informe emitido por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia el 6 de febrero de 2013.

En él señala que el diagnóstico "era muy confuso y entre las dos opciones nos inclinamos por la infección de orina, ya que nada hacía sospechar, en un principio, una lesión ureteral./ Hubo una serie de razonamientos clínicos que nos hicieron enfocar el primer diagnóstico como una infección urinaria posoperatoria y (...) solo (...) la mala evolución (...) nos hizo reconsiderarlo y pensar en la infrecuente complicación de una lesión ureteral", pues "el corte de los uréteres es un riesgo de la cirugía que no suele darse en este tipo de intervenciones (cesárea)", por lo que, "dada la escasa frecuencia de esta complicación, en ningún momento se sospechó la existencia de la misma".

Indica que "durante el ingreso posoperatorio se descartó la infección urinaria y no se sospechó una lesión ureteral basándonos en los siguientes

datos recogidos de la historia clínica: al día siguiente de la cesárea, a las 7 horas, se retira la sonda vesical, constando en las anotaciones de enfermería que la orina era clara; a las 10 horas la paciente realiza micción espontánea; la paciente no tiene fiebre, ya que el registro más alto recogido de su temperatura es de 37,2 °C, inferior a la cifra de 38 °C que es la considerada como fiebre; el hemograma, el sistemático y sedimento y el cultivo de orina fueron negativos./ Es por eso por lo que el dolor lumbar que presentaba la paciente se tratase como un dolor muscular o posoperatorio y se le diese el alta./ Cuando (...) acudió a Urgencias el 16-01-2012 se ampliaron los estudios con una ecografía abdominal cuyo resultado orientaba `estasis urinaria versus proceso infeccioso incipiente´. Como nunca se había sospechado la lesión ureteral se manejó el caso, tal como consta en la historia clínica, hacia un proceso infeccioso incipiente. Una vez más, los análisis realizados de sangre y orina fueron negativos./ El 20-01-2012, cuando la paciente volvió a Urgencias con fiebre de 39,8 °C, se reevaluó el caso. Se volvió a solicitar una nueva ecografía abdominal, análisis de sangre y orina, cultivos de sangre y orina y Rx de tórax./ A partir de ese momento (...), ante la clínica febril de la paciente (...), se reevalúa el caso y se solicitan valoraciones a los Servicios de Medicina Interna, Nefrología y Urología, tal como consta en la historia clínica./ El Servicio de Urología, analizando los resultados de todas las pruebas realizadas (...), tomó en consideración la posibilidad de una lesión ureteral y (...) se hizo cargo de la paciente". En cuanto a la supuesta falta de información por parte del Servicio de Ginecología, "en la historia clínica consta el consentimiento firmado por la paciente para la anestesia epidural. Y, en cuanto al consentimiento de la cesárea, al ser una intervención urgente, está exenta de entrega del consentimiento informado".

**6.** Con fecha 26 de febrero de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor el informe elaborado por el Servicio de Urgencias el día 25 de ese mismo mes.

En él se indica que la paciente "fue atendida en (...) Urgencias (...) en cinco ocasiones durante los meses previos a la presentación de su reclamación:/ 18-06-2012, acudió (...) refiriendo clínica miccional y dolor en fosa renal derecha (...). Fue alta con el diagnóstico de "infección del tracto urinario de repetición". Se le pautó tratamiento antibiótico y analgésico, se recogió un cultivo de orina y se derivó a la consulta de Urología como tenía previsto (fecha de consulta 21-6-2012)./ 02-08-2012, acudió (...) refiriendo clínica miccional (...). Se solicitó valoración urgente al Servicio de Urología, que le dio el alta (...). 05-09-2012, acudió (...) refiriendo clínica miccional y fiebre de 48 horas de evolución (...). Se solicitó valoración urgente al Servicio de Urología (...), derivándola a la consulta externa de Urología como tenía previsto (19-09-2012)./ Durante su estancia en la unidad se administró tratamiento antibiótico intravenoso (...) y tratamiento antipirético (...) intravenoso./ 03-11-2012, acudió (...) refiriendo clínica miccional de 5 días y fiebre de 48 horas de evolución (...). Fue alta con el diagnóstico de "infección del tracto urinario". Se le pautó tratamiento antibiótico y analgésico, se recogió un cultivo de orina y se derivó a la consulta de Urología y a control por su médico de Atención Primaria./ 19-12-2012, acudió a Urgencias (...) con clínica respiratoria (tos y expectoración asociada a disnea de moderados esfuerzos) y clínica miccional (empeoramiento en la última semana), más fiebre (...). Comentado con el urólogo de guardia se le recogió urinocultivo y fue alta con el diagnóstico de infección del tracto urinario, pautándose tratamiento ambulatorio con:/ Fosfomicina (...) hasta la revisión con Urología (27-02-2013)". En todas las ocasiones "se realizaron las exploraciones y pruebas diagnósticas habituales", que son enumeradas junto con los resultados.

**7.** Mediante escrito de 7 de marzo de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor el informe emitido por el Servicio de Neumología el 6 de marzo de 2013.

En él consta que "el día 29 de enero de 2012, (la paciente) fue vista por el equipo de guardia por dolor en hemitórax izquierdo y tras la correspondiente

evaluación clínica y el examen de una radiografía de tórax, que no mostró alteraciones, se consideró que el dolor era de origen muscular./ El día 1 de febrero el Servicio de Neumología cumplimentó una interconsulta solicitada por el de Ginecología para valoración de un TAC torácico realizado el día 30 de enero en el que se apreciaba una imagen de condensación en base pulmonar izquierda. En dicha interconsulta se realizó historia clínica, exploración física y evaluación de las pruebas complementarias disponibles y se emitió el juicio clínico de `neumonía en fase de resolución´, por lo que no se prescribió tratamiento alguno y se pautó una revisión para el mes de mayo (se adjunta fotocopia de la hoja de la interconsulta)./ La paciente fue vista en revisión en la consulta externa de Neumología el día 2 de mayo-12, manteniéndose asintomática desde el punto de vista respiratorio y, realizado un nuevo TAC de tórax, se comprobó que había desaparecido la condensación pulmonar basal izquierda, emitiéndose el juicio diagnóstico de `neumonía nosocomial, resuelta´ (se adjunta fotocopia del informe que se envió a la paciente)“.

Puntualiza que “la justificación del diagnóstico de neumonía nosocomial se basa en la definición misma de tal entidad, pues es considerado así todo proceso neumónico que se presenta en un paciente (...) después de 48 h del ingreso hospitalario o bien en un periodo inferior a 7 días tras el alta hospitalaria. En el caso que nos ocupa el juicio diagnóstico se basó en el contexto clínico (proceso infeccioso abdominal previo, fiebre, dolor torácico...) y fue emitido en una fase en la que el proceso en sí mismo estaba en vías de resolución (como así se señaló en la interconsulta), por lo que no se llevaron a cabo otros procedimientos encaminados a confirmar la impresión diagnóstica y el agente etiológico. Por tanto, este diagnóstico no es de certeza, sino de probabilidad y no se puede asegurar que la alteración radiológica observada en el TAC pudiera ser debida a otro proceso no neumónico (atelectasia por hipoventilación secundaria al dolor y al proceso abdominal, acúmulo de secreciones...)./ En cuanto a la intervención de los facultativos de Neumología del equipo de guardia, que atribuyeron el dolor torácico a un origen muscular, es una posición en principio adecuada, ya que por la clínica (características

mecánicas, ausencia de fiebre...) (se adjunta fotocopia de la hoja del equipo de guardia de Neumología) y radiografía de tórax normal no induciría a pensar en la patología pulmonar que posteriormente se manifestó como un hallazgo del TAC”.

**8.** El día 12 de marzo de 2013, el Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor el informe realizado por el Servicio de Urología el 11 de ese mismo mes.

En él se indica que “el Servicio de Ginecología (...) avisa a nuestro Servicio por una complicación urológica (de la paciente); en principio, se le dejó un drenaje en el riñón para que la uropatía de ese riñón descendiera y posteriormente se le reimplantó el uréter”. Manifiesta que, tal y como consta “en el curso clínico (...), en ningún momento se le dejó (...) desatendida”.

**9.** Con fecha 2 de abril de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que las complicaciones surgidas en el curso de la “cesárea urgente, que fue adecuadamente tratada (...), resultaron inevitables”, y fueron “diagnosticadas y tratadas precozmente, sin deparar secuelas orgánicas reconocidas”, y aclara que “las infecciones y lesiones de las vías urinarias son complicaciones típicas de la cesárea”.

Respecto a “la nefrostomía percutánea”, afirma que, aunque no se realizó la cumplimentación del documento de consentimiento informado, “se consiguió la resolución espontánea de la obstrucción ureteral”, recobrándose “la integridad anatómica y funcional de la vía urinaria”, comprobándose en revisiones posteriores que “la función renal y ureteral (se encuentran) dentro de la normalidad”.

Por lo que se refiere a la lesión ureteral, sostiene que “es una complicación de una normal probabilidad y por lo tanto previsible” en una intervención de cesárea de urgencia, que “se reparó ad integrum”.

Por último, considera que “la actitud de los ginecólogos que asistieron a la paciente fue la normal y correcta”, sin que se observen “signos de mala praxis”, ni se hayan “constatado actuaciones que se aparten de la *lex artis ad hoc*”.

**10.** Mediante escritos de 15 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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.

**11.** Con fecha 9 de mayo de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Urología. En él concluye que “se indicó la cesárea urgente por ‘parto estacionado y sospecha de desproporción pélvico-cefalica’ (...). La posible demora en el diagnóstico de la lesión ureteral fue debida a que en las 2 ecografías realizadas después de la cesárea se interpretó que la ureterohidronefrosis podría ser secundaria útero púerpero o posible proceso infeccioso (...). No existe un consentimiento informado para la colocación del catéter de nefrostomía, pero no existía otra alternativa, ya que la paciente se encontraba en un riesgo importante de desarrollar un shock séptico (...). En la cirugía de reconstrucción del uréter se objetivó un atrapamiento del mismo en un área fibrosa secundaria a una ligadura (...). La lesión ureteral en el transcurso de una cesárea es una complicación infrecuente, pero representa aproximadamente el 12% de las lesiones ureterales de origen ginecológico (...). La posible demora en el diagnóstico de la lesión ureteral no influyó en la recuperación renal, ya que en la ecografía del 12-6-12 el riñón derecho era prácticamente normal (...). Las infecciones del tracto urinario (...) que presentó después de la cesárea y el reimplante ureteral no están relacionadas con la lesión ureteral”, pues “dicha patología ya la padeció la paciente en varias ocasiones antes de la cesárea”.

**12.** El día 6 de junio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente. Asimismo, la requiere para que especifique “la evaluación económica del daño o perjuicio causado, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistida de su petición”.

**13.** Con fecha 25 de junio de 2013, el representante de la interesada presenta en una oficina de empleo de la Junta de Castilla y León un escrito de alegaciones en el que puntualiza que a la perjudicada le fue indicada una cesárea “por parto estacionado, no por urgencia o peligro del feto”, y afirma que en dicha intervención “se produjo una lesión (...) que luego no fue detectada” y de cuyo “riesgo no había sido informada (...) la paciente”.

Subraya que “existió un retraso en el diagnóstico de estenosis de uréter derecho a consecuencia de la obstrucción provocada al realizar la cesárea” y que “no se realizó un diagnóstico correcto hasta el día 3 de febrero de 2012”. Respecto a la infección nosocomial, considera que “se ocultó la neumonía en todo momento”, ya que en el informe del Servicio de Neumología “consta que lo sabían desde el principio”, aunque no fue “hasta el mes de mayo que se indicó a la paciente que había sufrido una infección nosocomial”, enviándola a casa “sin dar ningún tipo de indicación a pesar de tener un recién nacido (...) y otro niño de corta edad”.

Cuantifica el daño ocasionado en doscientos mil euros (200.000 €).

**14.** El día 1 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Concluye que, aunque en una “cesárea urgente por parto estacionado, sin práctica de documento de consentimiento informado”, se le ocasionó a la reclamante “una lesión ureteral, que no se detectó en un primer momento, pese (a) haber hecho dos ecografías, al hacer pensar en útero

puérpero”, el diagnóstico fue establecido “en los 8 días siguientes, con colocación de catéter de nefrostomía”, por lo que entiende que la demora reclamada “no es tal y no influye en la recuperación renal”, toda vez que “la ecografía realizada en 12 de junio de 2012 confirmaba que el riñón derecho estaba normal”.

Finalmente, recuerda que “las infecciones del tracto urinario son ajenas al implante ureteral, ya que esta patología la padecía la paciente antes de la cesárea”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de julio de 2013, registrado de entrada el día 23 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 Sanidad, 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 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto.

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 con fecha 10 de enero de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la cesárea- el día 12 de enero de 2012, por lo que es claro que fue formulada 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.

Sin embargo, 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 43.3, 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 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 interesa una indemnización por los “daños activos y secuelas físicas” y por el “grave daño psicológico” sufrido como consecuencia de “la obstrucción ureteral” que le fue “provocada” al realizarle una cesárea, lo que conllevó el tener que ser intervenida quirúrgicamente y, además, padecer “una infección intrahospitalaria”.

No existe duda alguna sobre los hechos básicos a los que la interesada liga el daño que señala padecer, ya que queda acreditado en el expediente que le fue practicada una cesárea el día 12 de enero de 2012 en un hospital de la red pública autonómica, en la que se produjo un atrapamiento ureteral que requirió la realización de una nefrostomía percutánea el día 24 del mismo mes, y, posteriormente, con el diagnóstico de “estenosis de uréter derecho”, la práctica de una “reimplantación ureteral derecha”.

Ahora bien, la mera constatación de un daño 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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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 resultados concretos.

Por 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas

en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También hemos señalado que pesa sobre quien reclama la carga de la prueba de los hechos en los que funda su pretensión y sobre la relación causal entre estos y los daños que se alegan.

En el supuesto concreto que analizamos, la interesada atribuye a la Administración la realización de una cesárea en la que “existió una mala praxis” y un incumplimiento “grave (de) la *lex artis* en cuanto al deber de información y consentimiento”, así como “un grave e injustificado retraso en el diagnóstico” de la obstrucción que se le produjo en la citada cesárea, y en consecuencia “un grave retraso en el tratamiento”; además, considera que sufrió una “infección nosocomial”.

Sin embargo, pese a que incumbe a quien reclama la prueba de las imputaciones que sostiene, la perjudicada no ha desarrollado ninguna actividad probatoria, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

Entrando en el análisis del fondo de la reclamación, y pese al confuso relato de hechos e imputaciones, podemos considerar que la reclamante atribuye al servicio público sanitario lo siguiente: la práctica de una cesárea de urgencia sin consentimiento informado prestado por escrito; la lesión del uréter derecho durante la realización de la cesárea; el retraso diagnóstico de la lesión del uréter entre los días 12 y 24 de enero 2012, dado que sus síntomas se confundieron con una infección urinaria, atribuyendo al subsiguiente retraso terapéutico la recurrencia de infecciones urinarias posteriores; la realización de

una nefrostomía sin consentimiento informado prestado por escrito; el contagio de una infección nosocomial, y la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica para la reimplantación del uréter.

Por lo que se refiere a la primera de las imputaciones, la interesada niega el carácter urgente de la cesárea. En efecto, pese a que en el escrito de alegaciones afirma, basándose en el "seguimiento del parto" -folio 122- que "se indicó la cesárea por parto estacionado", añade que "en modo alguno se trató de una intervención de urgencia". Consta en el informe de alta, de fecha 15 de mayo de 2012 -folio 112-, que ingresó el día 11 de enero con "bolsa rota", que a las "11:30 horas pasa a sala de partos para anestesia epidural e inicio de protocolo de parto", y que el día 12, a las "03:00 a. m., tras 5 horas con una dilatación de 8-9 cm se decide cesárea urgente" precisamente por "parto estacionado y sospecha de desproporción pélvico-cefálica". En la misma hoja de intervención quirúrgica se indica que se trata de una "cesárea intraparto" por "parto estacionado y SDPC clínico" tras la realización de dos pruebas del "pH intraparto por deceleración variables profundas: 7,28 - 7,33". Sí consta en el expediente el documento de consentimiento informado para la anestesia epidural. Es indudable que no se trataba de una cesárea programada, sino que, por el contrario, se pretende un parto natural con anestesia epidural. Ante la falta de progreso (entre las 20:30 h y las 03:00h del día siguiente la dilatación tan solo había progresado 1 cm -folio 122-) y la sospecha de sufrimiento fetal ("deceleración variables profundas") se decide la realización de una cesárea de urgencia, "intraparto", con la que se logra la extracción de un feto "con 3 circulares de cordón" sin daño alguno. En estos casos, como afirma el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia en su informe de 6 de febrero de 2013, dado que la "cesárea no estaba programada de antemano", se trató de una "intervención urgente", lo que conlleva que está "exenta de entrega del consentimiento informado", siendo ese el motivo por el que "no se le había entregado ningún documento para la intervención". En el mismo sentido se pronuncia el informe técnico de evaluación al señalar que se practicó una cesárea "con carácter de urgencia", y que la ausencia de documento de

consentimiento informado sobre la "necesidad de realizar tal práctica quirúrgica" se atiene a lo dispuesto en el artículo 9.2.b) la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, ante el carácter de urgencia en la aplicación de tal procedimiento para salvaguardar la vida y la integridad física de la madre y del *nasciturus*.

Sin embargo, los procedimientos médicos en general, y en particular los quirúrgicos, no están exentos de riesgos, y en este caso consta acreditado que durante la práctica de la cesárea urgente se produjo una lesión del uréter derecho atribuida al atrapamiento en una ligadura. En el informe realizado a instancia de la compañía aseguradora se indica que la "lesión ureteral en la cirugía ginecológica es, junto con la lesión de la vejiga, la complicación iatrogénica más frecuente", pasando "generalmente inadvertida durante el acto quirúrgico", y se detalla que "el 12% de las lesiones ureterales se producen en el transcurso de una cesárea"; consideraciones que se sostienen igualmente en la propuesta de resolución, sin que quepa inferir de ninguno de los informes incorporados al expediente la existencia de una práctica médica contraria a los postulados de la *lex artis ad hoc*. En consecuencia, tal como aprecia el informe técnico de evaluación, estimamos que "la actuación de los profesionales intervinientes en el proceso asistencial" proporcionado a la interesada "fue correcta y ajustada a la *lex artis profesional*", y que la "evolución tórpida" es "encontrable" dentro del "riesgo típico" propio de la intervención quirúrgica a la que fue sometida -cesárea urgente-, por lo que el daño no resulta antijurídico.

En cualquier caso, el informe técnico de evaluación pone de manifiesto que el uréter fue reimplantado mediante una operación posterior, y que la paciente "fue dada de alta con buena funcionalidad renal y sin otra patología asociada, retirándose el catéter de la nefrostomía sin complicaciones", constatándose que "en revisiones posteriores se encuentra la función renal y ureteral dentro de la normalidad".

Por lo que se refiere al reproche sobre el retraso diagnóstico del atrapamiento del uréter, el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

señala que el diagnóstico "en principio era muy confuso (...), ya que nada hacía sospechar (...) una lesión ureteral", interpretándose los síntomas como propios de "una infección urinaria posoperatoria". Sin embargo, "ante la mala evolución" se pensó en "la infrecuente complicación de una lesión ureteral". Afirmar que durante el ingreso posoperatorio "no se sospechó una lesión ureteral" por "los siguientes datos (...): al día siguiente de la cesárea, a las 7 horas, se retira la sonda vesical, constando en las anotaciones de enfermería que la orina era clara; a las 10 horas la paciente realiza micción espontánea (...); no tiene fiebre (...); el hemograma, el sistemático y sedimento y el cultivo de la orina fueron negativos", y que por ello "el dolor lumbar que presentaba" se trató "como un dolor muscular o posoperatorio". Cuando "acudió a Urgencias, el 16-01-2012, se ampliaron los estudios con una ecografía abdominal cuyo resultado orientaba 'estasis urinaria versus proceso infeccioso incipiente' (...). Una vez más los análisis realizados de sangre y orina fueron negativos". Con posterioridad, al aparecer un nuevo síntoma -la fiebre-, se actuó de manera adecuada, y así consta en el mismo informe que cuando el "20-01-2012 (...) volvió a Urgencias con fiebre de 39,8º se reevaluó el caso", solicitándose una "nueva ecografía abdominal, análisis de sangre y orina, cultivos de sangre y orina y Rx de tórax", y, "ante la clínica febril (...), que no parecía corresponder a una infección de orina no complicada (...), se solicitan valoraciones a los Servicios de Medicina Interna, Nefrología y Urología", siendo este último el que "tomó en consideración la posibilidad de una lesión ureteral". El informe técnico de evaluación corrobora el correcto proceder asistencial al indicar que a "partir de ese momento y ante la persistencia de la fiebre", tras "la interconsulta con Urología" y los resultados de una "nueva eco abdominal", el diagnóstico "orienta hacia inflamación renal y ureteral", por lo que está "indicada la práctica de una nefrostomía", que se lleva a cabo el día 24 de enero de 2012, doce días después de la cesárea.

De lo expuesto, y a diferencia de lo afirmado por la interesada en el sentido de que "no se realizó (...) ningún tipo de prueba diagnóstica dirigida a confirmar o descartar una lesión", resulta acreditado en el expediente que se

efectuaron multitud de pruebas orientadas al correcto diagnóstico de sus padecimientos, en función de los síntomas que presentaba en cada momento, y que se adoptaron las medidas terapéuticas adecuadas. En todo caso, la existencia de una hipotética demora en el diagnóstico de la lesión ureteral “no influyó en la recuperación renal, ya que en la ecografía del 12-6-12 el riñón derecho era prácticamente normal”, como señala el informe de la compañía aseguradora; igualmente, constata el informe técnico de evaluación que en “revisiones posteriores se encuentra la función renal y ureteral dentro de la normalidad”.

Sobre la práctica de una “nefrostomía sin obtener el preceptivo consentimiento informado”, el propio informe técnico de evaluación considera que la no cumplimentación del mismo “es un acto contrario a *lex artis*”, opinión que comparte este Consejo Consultivo, por lo que instamos la inmediata corrección de tales prácticas, incluso por vía disciplinaria. Al margen de lo anterior, se afirma en dicho informe que no existía “otra opción alternativa, siendo obligada la realización” de aquella intervención. En el mismo sentido, en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora se afirma que “no existía (...) alternativa a la colocación de una nefrostomía”, y se añade que la “demora o la no colocación” de la misma “habría supuesto un riesgo innecesario de que la paciente sufriera un shock séptico”. Se omitió indebidamente el consentimiento informado, pero ya hemos manifestado en ocasiones anteriores, de acuerdo con la doctrina jurisprudencial más reciente, que la ausencia del documento de consentimiento no está anudada de forma automática a una indemnización *per se*, siendo imprescindible la causación de un daño o perjuicio. En este caso no solo falta la acreditación del daño, sino que, al contrario, como señala el informe técnico de evaluación, “con la nefrostomía (...) se consiguió la resolución (...) de la obstrucción ureteral”, recobrándose “la integridad anatómica y funcional de la vía urinaria”; solución que se mantuvo hasta que se realizó el reimplante del uréter. Por tanto, en ausencia de daño, y más allá de insistir en lo irregular del procedimiento administrativo, no es

posible reconocer una indemnización por la no prestación del consentimiento informado por escrito de la paciente.

En cuanto a la imputación de que “se le ocultó la neumonía” que padeció la interesada durante su ingreso hospitalario, tratándola “siempre como un dolor postural” cuando “lo sabían desde el principio”, constatamos que, efectivamente, como se señala en el escrito de reclamación, en el informe relativo a la consulta en el Servicio de Neumología el 2 de mayo de 2012 se detalla que tras la realización de un TAC de tórax “se aprecia la resolución de la condensación basal izquierda, sin observarse otras alteraciones significativas”, constando como impresión diagnóstica “neumonía nosocomial basal izquierda en enero de 2012, resuelta”. Al respecto, en el informe emitido por el Servicio de Neumología se puntualiza que la “justificación del diagnóstico de neumonía nosocomial se basa en la definición misma de tal entidad, pues es considerado así todo proceso neumónico que se presenta en un paciente (...) después de 48 h del ingreso hospitalario, o bien en un periodo inferior a 7 días tras el alta hospitalaria”, añadiendo que en el caso que nos ocupa el “juicio diagnóstico se basó en el contexto clínico (proceso infeccioso abdominal previo, fiebre, dolor torácico...) y fue emitido en una fase en la que el proceso en sí mismo ya estaba en vías de resolución (...), por lo que no se llevaron a cabo otros procedimientos encaminados a confirmar la impresión diagnóstica y el agente etiológico”, aclarando que dicho diagnóstico “no es de certeza, sino de probabilidad, y no se puede asegurar que la alteración radiológica observada en el TAC pudiera ser debida a otro proceso no neumónico (atelectasia por hipoventilación secundaria al dolor y al proceso abdominal, acúmulo de secreciones ...)”. En consecuencia, los informes que obran incorporados al expediente no permiten considerar acreditada la existencia de una infección nosocomial, ni mucho menos una infracción de la *lex artis* vinculada a la misma. En cualquier caso, resulta incuestionable que el proceso no requirió ni tan siquiera tratamiento específico, y que fuese cual fuese el origen de la imagen pulmonar se resolvió sin daños para la paciente, debido al tratamiento antibiótico al que ya estaba sometida. Por ello, y más allá de que en este caso

no se ha probado la existencia de una infracción de la *lex artis* asistencial, tampoco existe una "lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado" que pueda ser resarcido.

Por último, sobre la recurrencia de las infecciones urinarias, resulta acreditado que la interesada padece frecuentes infecciones urinarias que, tras la realización de las exploraciones y pruebas diagnósticas habituales, fueron diagnosticadas el 19 de junio de 2012 como "infecciones del tracto urinario" de repetición, según refleja el informe técnico de evaluación. Posteriormente, acudió en diversas ocasiones a los servicios médicos por dicha patología, realizándosele de nuevo pruebas -urinocultivo, cistografía, hemocultivos- y siendo objeto de distintos tratamientos. Sin embargo, consta en el informe del Área de Urgencias de 2 de agosto de 2012 que previamente a la "intervención de estenosis de uréter la paciente refiere (infección del tracto urinario) de repetición" -folio 197-, y en el informe técnico de evaluación se afirma que las "infecciones y lesiones de las vías urinarias son complicaciones típicas de la cesárea", añadiendo el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora que las infecciones del tracto urinario son una "patología" que "ya (...) padeció la paciente (...) antes de la cesárea", por lo que "no están relacionadas con la lesión ureteral". A la vista de ello, considera este Consejo Consultivo que la perjudicada no ha acreditado -ni se desprende de los informes que manejamos- que las reiteradas infecciones urinarias que padece tengan su origen concreto en el atrapamiento del uréter que sufrió durante la práctica de la cesárea, o en cualquier otro procedimiento asistencial contrario a la *lex artis ad hoc*, constatándose que se trata de un padecimiento que ya presentaba antes de la operación, y que, en cualquier caso, estamos ante una complicación típica de este tipo de intervención.

En definitiva, del examen de la documentación obrante en el expediente debemos concluir, como hace la propuesta de resolución, que la interesada fue objeto de una cesárea intraparto de carácter urgente, en el curso de la cual se produjo un daño iatrogénico, un atrapamiento ureteral, cuyo diagnóstico se estableció en los ocho días siguientes, sin que la hipotética demora diagnóstica

haya influido en la recuperación renal, dado que la ecografía realizada el día 12 de junio de 2012 “confirmaba que el riñón derecho estaba normal”, ni en la aparición de infecciones urinarias recurrentes, “ya que esta patología la padecía la paciente antes de la cesárea”, por lo que la reclamación ha de ser desestimada.

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 .....

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.