

Expediente Núm. 321/2013
Dictamen Núm. 274/2013

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 12 de diciembre 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 7 de octubre 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 la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de enero de 2013, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos tras la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital

Expone que el día 30 de junio de 2011 se sometió en el referido centro a una “laparoscopia, observando cuadro adherencial y quiste de ovario derecho”, por lo que se le realiza “quistectomía de (ovario derecho) y salpingectomía

derecha”, presentando tras la misma, “ya en el posoperatorio inmediato”, un “cuadro de dolor abdominal con malestar general y empeoramiento clínico”. Precisa que, “pese a ello”, transcurren “algunos días” hasta que es sometida a estudios sugestivos de “abdomen agudo”, diagnosticándosele el día 2 de julio una “peritonitis fecaloidea”. Señala que debido a su estado se le practicó en ese momento “una histerectomía total y anexectomía bilateral, observando igualmente perforación a nivel del sigmoideo distal”, y que finalmente se le realiza una “colostomía”, recibiendo el alta el 27 de julio de 2011. Añade que la intervención para el cierre de la colostomía tuvo lugar en el mes de febrero de 2012, siendo dada de alta el día 29 de ese mismo mes.

Con base en lo anterior, razona que “la intervención” efectuada el día 30 de junio “provocó a la paciente la pérdida del útero, histerectomía y la pérdida del único ovario que (...) tenía”, subrayando que de esa “posibilidad o riesgo en ningún caso se (le) informó (...) con carácter previo” a aquella primera operación. Existe, a su juicio, “un nexo causal entre la laparoscopia (...), la demora en la realización de la laparotomía y el resultado de una histerectomía y doble anexectomía (...) y la necesidad de colostomía durante un largo periodo de tiempo”. Igualmente, estima que la “perforación sigmoidea” fue “originada por una acción no ajustada en ningún caso a la *lex artis*”.

Solicita una indemnización por importe total de ciento cuarenta y ocho mil setecientos cincuenta y nueve euros con noventa y un céntimos (148.759,91 €), que desglosa en los conceptos de “días impeditivos”, con y sin estancia hospitalaria, y de secuelas correspondientes a la “pérdida de útero antes de la menopausia”, “pérdida del ovario izquierdo” y “perjuicio estético medio” por las cicatrices resultantes, aplicando un factor de corrección del 10%, según el baremo establecido para el sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Adjunta una copia de, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe pericial, emitido con fecha 12 de enero de 2013 por un especialista en Medicina Legal y Forense, en el que se indica que “la mala evolución posoperatoria de la paciente tras la realización de la laparoscopia” el día 30 de junio de 2011 “fue

motivada, tal como consta en la documentación consultada, por una perforación a nivel sigmoideo distal”. Afirma que “se ha producido un resultado de daño desproporcionado que la paciente no tenía porqué haber soportado, y que no estaba contemplado en el documento de consentimiento informado firmado” por ella el 25 de marzo de 2011. Reconoce que “en los dos documentos firmados con posterioridad a la laparoscopia sí se contemplaba la posibilidad de una histerectomía”, pero que “en ese momento ya se trataba de una situación distinta al inicio del proceso, en la que existía una afectación grave resultante de una perforación sigmoidea causada en una acción no ajustada a la lex artis (iatrogénica)”. Por otra parte, señala que “el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la realización de la laparotomía (...) permitió” una “evolución hacia el empeoramiento” de la afectada, considerando que “posiblemente no hubiera sido necesaria la histerectomía ni la doble anexectomía si se hubiera actuado antes”. Concluye que “existe un nexo de unión (...) entre la actuación quirúrgica de la laparoscopia conjuntamente con la demora en la realización de la laparotomía y el resultado de una histerectomía y doble anexectomía que precisó de colostomía durante algún tiempo”. b) Informe de alta, emitido el 27 de julio de 2011 por el Servicio de Ginecología del hospital, en el que figura, como impresión diagnóstica, “peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de sigmoides en el posoperatorio de laparoscopia”. c) Informe de alta, emitido el 29 de febrero de 2012 por el Servicio de Cirugía General y Digestivo, tras el “cierre de colostomía”.

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
<http://www.ccasturias.es>

2. Mediante escrito notificado a la perjudicada el 4 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica 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 del silencio administrativo.

3. Mediante escrito de 18 de marzo de 2013, el Director de Gestión del Hospital Valle del Nalón remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y los informes emitidos por los servicios médicos del centro intervinientes en el proceso asistencial.

El Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia señala, con fecha 1 de marzo de 2013, y respecto a la información facilitada a la paciente, que el documento de consentimiento informado suscrito por ella el 25 de marzo de 2011 -y que es el oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para la realización de la "laparoscopia ginecológica (diagnóstica y terapéutica)"- incluye entre sus "complicaciones y/o riesgos y fracasos" las "lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), infecciones (intra y posoperatorias)", y añade que las "complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles", por lo que entiende que "las complicaciones derivadas de la primera intervención quirúrgica están expresadas de manera inequívoca en el documento (...) que la paciente firmó".

En cuanto a "la asistencia proporcionada", establece una "secuencia temporal" a partir de los "datos extraídos de la historia clínica" de la perjudicada en la que se refleja su sintomatología durante el posoperatorio, y aplica al caso las consideraciones contenidas en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre "complicaciones en laparoscopia y en histeroscopia: prevención y manejo", concluyendo que "los síntomas posoperatorios, considerados aisladamente, pueden ser debidos a patología potencialmente grave, pero también a patología banal o bien a molestias habituales derivadas de la propia intervención, lo que condiciona completamente la actitud a seguir". Afirma que en el presente supuesto "concurren" factores "que pueden enmascarar aún más el diagnóstico de la causa de los síntomas sospechosos", como son "el pequeño tamaño de la lesión de origen (1 cm)" y "la localización de la misma (retrouterina)". Añade, además, que "la supuesta demora en el tratamiento quirúrgico no modificaría la actitud quirúrgica, pues la localización del proceso infeccioso haría en todo caso

imprescindible la histerectomía y anexectomía para evitar la diseminación de la infección y complicaciones no solo locales sino generales”.

Por su parte, el Jefe de la Sección de Cirugía General reseña, con fecha 11 de marzo de 2013, que el día 2 de julio de 2011 fue “requerido como cirujano de guardia para acudir al quirófano a la intervención urgente realizada a la enferma por un cuadro de peritonitis, encontrando una perforación del colon sigmoideo”, llevándose a cabo “una sutura de la perforación junto con una colostomía de protección”, y que meses después tiene lugar la “intervención programada del cierre del estoma”.

Por lo que se refiere a los consentimientos informados, manifiesta que “en la intervención urgente del día 2 de julio de 2011 obviamente no se le entregó consentimiento informado por el Servicio de Cirugía, dado que fui requerido al quirófano, con la enferma anestesiada tras realizar el Servicio de Ginecología los procedimientos correspondientes, para completar la intervención quirúrgica con la reparación de la lesión intestinal”, precisando que sí se cumplieron los documentos correspondientes a actuaciones posteriores -colonoscopia e intervención programada del cierre del estoma-.

4. El día 4 de abril de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala, en relación con los consentimientos informados, que “el intervalo” existente entre la firma del consentimiento para la primera intervención -25 de marzo de 2011- y la práctica de la misma -30 de junio de 2011- resulta “un lapso de tiempo suficiente para que la paciente pudiera solicitar cualquier información adicional sobre su proceso”, y afirma que “no puede categóricamente aceptarse que hubo una producción de daños no informados a la paciente, dado que hubo” que “actuar de forma urgente, en función de los hallazgos encontrados al realizar la laparotomía exploradora”. Añade que “no parece que los facultativos incumplieron con unas previsiones legales al no haber informado a la paciente de la intervención que iban” a efectuar “(alcance y riesgos de la laparoscopia).

La paciente, por la urgencia, no tuvo oportunidad de decidir para que las cosas fueran de otra manera”.

Respecto a la “dilación del tratamiento del proceso”, manifiesta que “es difícil médicamente saber si hubiera podido evitarse la histerectomía total y anexectomía bilateral, así como la colostomía en FII que la obligó a portar esta y a la realización de nueva intervención”.

Concluye que “la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso asistencial proporcionado a la perjudicada pudo haber sido mejorable, pero no se aprecia negligencia en el mismo”.

5. Mediante escritos de 16 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.

6. Obra incorporado al expediente el informe pericial emitido por tres especialistas -dos de ellos en Obstetricia y Ginecología y un Especialista de Área- con fecha 16 de mayo de 2013, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración. En él se efectúa, en primer lugar, una “valoración de la lesión intestinal” en la que se tratan cuestiones relativas a la procedencia del abordaje quirúrgico y el posible modo de producción de la perforación, reiterándose que la misma resulta una “complicación típica descrita” en “cualquier tipo de cirugía abdominal ginecológica” y que “consta en el consentimiento informado que firmó la paciente”.

En cuanto a su evolución posterior, analiza la sintomatología provocada por una peritonitis y las actuaciones concretas llevadas a cabo en respuesta a la presentada por esta paciente, y concluyen que “no se puede hablar de dilación en la realización de la laparotomía”, pues “se realizó cuando la clínica orientaba un cuadro séptico de origen abdominal, sin que antes existieran datos clínicos que la justificaran”. Señalan que “la decisión de realizar una histerectomía con doble anexectomía y colostomía, ante los hallazgos de una peritonitis fecaloidea

y perforación en sigma, debe considerarse como correcta, siendo la evolución posterior satisfactoria”, y precisan que “la necesidad de realizar la citada histerectomía surge como consecuencia de la urgencia referida, lo que explica que no conste en el consentimiento informado de la cirugía programada (quiste de ovario)”.

Por último, y “respecto a las posibles repercusiones de la extirpación del útero y anejos”, subrayan que “la paciente tenía en el momento de los hechos 46 años y había tenido 4 hijos”.

7. Mediante escrito notificado a la interesada el 15 de julio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

8. Con fecha 31 de julio de 2013, un letrado, en nombre y representación de la perjudicada, según acredita el poder notarial aportado al efecto, presenta un escrito de alegaciones en el que expone que “la documental obrante” en el expediente confirma “la procedencia de la reclamación”. Cita al efecto el informe emitido por la Inspectora de Prestaciones Sanitarias e insiste en que “lo que debe valorarse es si para la primera intervención, la realizada con fecha 30 de junio de 2011, a la paciente se le informó que la intervención podía desembocar en el padecimiento de un daño como los que finalmente sufrió (...): histerectomía y anexectomía bilateral”. Reitera que “solo cuando la paciente ya sufrió el daño que finalmente finalizó en histerectomía y anexectomía bilateral y cuando fue preciso una nueva intervención quirúrgica, con un retraso inexcusable, es cuando por primera vez (...) es mínimamente informada” de que “dicho proceso podía finalizar en histerectomía y anexectomía bilateral”.

En cuanto a la demora en el tratamiento de la perforación, indica que la Inspectora reconoce ese retraso, aunque no lo cuantifica, e incide en que la paciente presentó síntomas sugestivos de la patología ya en el posoperatorio

inmediato, solicitando que se acompañen al expediente varias hojas de enfermería que no figuran en la historia clínica incorporada al mismo.

9. El día 6 de agosto de 2013, la Directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VIII remite al Servicio instructor una copia de las hojas de seguimiento de enfermería correspondientes a los días 30 de junio y 1 y 2 de julio de 2011.

Las notas de progreso que recogen las mismas señalan que, tras pasar a planta procedente de Reanimación el día 30 de junio, a las 18:45 horas presentaba "dolor controlado con analgesia pautada"; a las 19:38 muestra una "reacción vasovagal al dolor con hipotensión y vómitos", por lo que se adelanta analgesia; a las 21:17 y a las 22:45 no consta la presencia de dolor, pero a las 00:30 del 1 de julio aparece "dolor tipo cólico" que se repetirá a lo largo de la noche; durante la mañana del 1 de julio se avisa al ginecólogo por encontrarse la paciente "nauseosa", con "palidez hipotensa" y "sudorosa" -anotaciones de las 9:43 y 10:55 horas-, por lo que a las 11:43 se le extrae sangre para analítica y se dispone la realización de ecografías abdominopélvicas. Hasta la realización de la laparotomía exploradora urgente, que tiene lugar a las 00:15 horas del día 2 de julio, consta que se repitió la analítica a las 13:18 y que se le tomaron las constantes a las 13:37 -al continuar con "mucho malestar" y "pálida y sudorosa"-, volviéndose a "comentar" con Ginecología; asimismo, se toman las constantes a las 18:59, a las 19:40 y a las 21:21, y se realiza una extracción urgente a las 21:00 y un "TAC abdominal con contraste" a las 23:31 horas.

10. Con fecha 23 de agosto de 2013 se concede a la reclamante un segundo trámite de audiencia, presentando su representante un escrito de alegaciones en el que valora la nueva documentación aportada el día 28 de ese mismo mes. A su juicio, dicha documentación corrobora que "la situación de la paciente demostraba la gravedad de la situación que padecía ya inmediatamente después de la intervención, y pese a ello nada se hizo", destacando que "ya

desde el posoperatorio inmediato” presentó “vómitos”, por lo que rechaza la afirmación del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia de que “avisa por vez primera a las 00:30 horas del día 1 de julio” y que “dos horas antes el personal de enfermería constataba que no tenía dolor”.

11. El día 17 de septiembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario emite propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella se constata, en primer lugar, que la lesión intestinal constituye una complicación típica incluida en el documento de consentimiento informado suscrito por la paciente. En segundo lugar, se niega “la presunta dilación (en el) tratamiento de la complicación una vez surgida”, pues “las anotaciones de enfermería” que los reclamantes “toman como eje fundamental de su argumentación” no dicen lo que aquellos afirman, y se razona que “el dolor solo no es un síntoma que aisladamente justifique la realización de una laparotomía como pretende” la afectada, toda vez que “para sospechar una peritonitis es preciso que curse acompañado de otra sintomatología asociada”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de octubre de 2013, registrado de entrada el día 16 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, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 21 de enero de 2013, y la paciente recibió el alta tras la intervención quirúrgica realizada para el cierre de la colostomía el día 29 de febrero 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.

SIXTA.- En el presente supuesto, la reclamante invoca la existencia de diversos daños derivados del proceso asistencial iniciado con la intervención llevada a cabo el día 30 de junio de 2011, consistente en la realización de una laparoscopia ginecológica (diagnóstica y terapéutica). Respecto a los mismos, resulta acreditado, y así lo reconoce la Administración, que con ocasión de dicho acto quirúrgico sufrió una perforación intestinal. Durante la intervención

-urgente- en la que se detecta y aborda la misma se practicó una histerectomía y doble anexectomía, así como una colostomía que fue cerrada en el mes de febrero de 2012. Además del hecho mismo de la producción de tales daños, la perjudicada alega también falta de consentimiento informado, pues expone -si bien de forma un tanto confusa- que tales consecuencias debieron advertírsele con anterioridad a la primera operación. Asimismo, achaca al retraso en diagnosticar la dolencia padecida tras la primera intervención -un cuadro de peritonitis originado por la lesión intestinal- el resultado final, consistente en la extirpación del útero y sus anejos, así como la “necesidad de colostomía durante un largo periodo de tiempo”.

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.

Al respecto, y 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 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. También es criterio firme de 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.

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, así como en la debida prontitud en la actuación. 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 de la relación causal entre estos y los daños que se alegan.

En primer lugar, la reclamante considera que "como consecuencia de la laparoscopia" ha padecido "un daño absolutamente desproporcionado (...) que, además, no estaba contemplado como tal en el documento de consentimiento informado" por ella suscrito con fecha 25 de marzo de 2011.

Sin embargo, lo cierto es que en él se incluyen entre las “complicaciones específicas de la laparoscopia” las “lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga)” y las “infecciones (intra y posoperatorias)”, añadiéndose que “la mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención”, y que “complicaciones severas que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles”.

Es decir, no solo se establece como posible complicación la efectivamente producida -la perforación de sigma-, sino que, a su vez, y como reproduce el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia en su informe, también se expresa que la presentación de “complicaciones severas” puede exigir, para su solución, la realización de técnicas quirúrgicas como las que, desafortunadamente, debieron emplearse. De acuerdo con lo informado por la asesoría privada, la peritonitis fecaloidea constituye una “grave complicación infecciosa abdominal” que justifica la histerectomía, tratándose de una decisión “correcta”. Por otra parte, tal y como señala la Administración, el periodo temporal transcurrido entre la firma del consentimiento informado y la realización de la intervención en la que surgió la complicación -tres meses- resulta suficiente para que, en caso de haber suscitado el contenido de aquel documento dudas a la paciente, hubiera podido plantearlas.

Por ello, no puede compartirse la afirmación de la paciente de que “solo una vez que se produjo el daño es cuando (...) se le presenta por primera vez un documento y se le informa por primera vez que como consecuencia de la primera intervención efectuada y lo actuado en la misma va a sufrir y ser sometida a una histerectomía total y anexectomía bilateral”, advirtiéndosele de “dicha posibilidad” en “un momento distinto al inicio del proceso (...), cuando ya existía una afectación grave como consecuencia o resultante de una perforación sigmoidea”. Y es que, aun cuando se entendiera -como incorrectamente hace la reclamante- que “lo que debe valorarse es si para la primera intervención, la realizada con fecha 30 de junio de 2011, a la paciente se le informó que la intervención podía desembocar en el padecimiento de un daño como los que

finalmente sufrió (...): histerectomía y anexectomía bilateral”, lo cierto es que la mención consta en el documento de consentimiento informado, tratándose no ya de una complicación, sino de los procedimientos quirúrgicos que puede requerir el tratamiento de la materialización de alguno de los riesgos enunciados.

En todo caso, figuran en el expediente, firmados con fecha 1 de julio de 2011, sendos documentos de consentimiento informado para la realización de histerectomía y laparotomía exploradora, respectivamente, cuya existencia la paciente no cuestiona, aunque obviamente sí su alcance. En el primero de ellos consta como “indicación quirúrgica” la de “posible sepsis posquirúrgica”, especificándose, respecto al “tipo de histerectomía que se programa”, que “puede ser histerectomía y doble anexectomía”. El segundo es un “documento inespecífico” que se cumplimenta para la realización de “laparotomía exploradora”, consignándose que consiste en “abrir la cavidad abdominal para ver si se encuentra la causa de su problema de sospecha de sepsis posquirúrgica”, y que “puede acabar con histerectomía y doble anexectomía”, como efectivamente ocurrió.

Por otro lado, y ya en relación a la colostomía, también el consentimiento suscrito el día 25 de marzo de 2011 la contempla. En todo caso, el cirujano que la practica recuerda la urgencia de la intervención, que ninguna de las partes cuestiona, por lo que consideramos que la ausencia de documento de consentimiento informado para su realización ante los hallazgos derivados de la laparotomía exploradora -la perforación de sigma- 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, siendo su objeto la “reparación de la lesión intestinal” detectada en ese mismo acto quirúrgico. Teniendo en cuenta lo anterior, no pueden dejar de calificarse como poco afortunados los términos en que el informe técnico de evaluación se pronuncia al respecto, al señalar literalmente que “no parece que los facultativos incumplieron con unas previsiones legales al no haber informado a la paciente de la intervención que

iban” a efectuar “(alcance y riesgos de la laparoscopia). La paciente, por la urgencia, no tuvo oportunidad de decidir para que las cosas fueran de otra manera”. A la vista de tal mención, debemos recordar que la “laparoscopia” del día 30 de junio no fue una operación urgente -como erróneamente parece asociarse en el párrafo-, y que sí lo fue la laparotomía.

Resta, finalmente, abordar el alegado retraso en la detección y tratamiento de la perforación del sigma. Al respecto, hemos de partir de que tanto la Inspectora de Prestaciones Sanitarias como el facultativo autor del informe que aporta la interesada se pronuncian exclusivamente en términos de probabilidad, sin establecer médicamente de forma precisa el impacto de un retraso inferior a dos días en la actuación sobre la lesión intestinal. Así, la primera refiere únicamente que “no es fácil” conocer tal extremo, mientras que el segundo se limita a afirmar que “posiblemente no hubiera sido necesaria la histerectomía ni la doble anexectomía si se hubiera actuado antes”, dada la falta de tratamiento quirúrgico del “cuadro iniciado inmediatamente después de la laparoscopia”. En cambio, el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia sostiene que “la localización del proceso infeccioso haría en todo caso imprescindible la histerectomía y la anexectomía para evitar” su extensión.

Para la formación del pertinente juicio en cuanto al respeto de la *lex artis*, este Consejo Consultivo debe partir de la base constituida por la documentación que obra incorporada al expediente.

Al respecto, la discrepancia entre las dos partes -reclamante y Administración- radica, como evidencian las alegaciones formuladas tras el segundo trámite de audiencia, en la aparición de los síntomas sugestivos de la patología que padecía la reclamante y en el tratamiento que debió proporcionársele en atención a los mismos.

La interesada defiende que “desde el posoperatorio inmediato existían signos evidentes de la perforación y la peritonitis”, pues se daban “todos y cada uno de los síntomas”, y alega que desde las 13:37 hasta las 18:59 horas del día 1 de julio, y también a partir de este último momento, “pasan nuevamente otras casi seis horas hasta que, por fin, se acuerda actuar sobre la paciente y

es trasladada a quirófano". Frente a tal afirmación, compartimos el razonamiento expuesto en la propuesta de resolución, en el sentido de que el cuadro padecido -peritonitis- "es un proceso inflamatorio e infeccioso" que por su propia "evolución natural necesita un tiempo para que se desarrolle y produzca síntomas que sean apreciables, tanto en la exploración clínica como en los estudios complementarios", siendo "normal que tras una cirugía abdominal exista dolor". Se añade, asimismo, que la ecografía abdominal sugería un "cuadro compatible con un cuadro suboclusivo", sin describirse "presencia de líquido libre"; contexto en el cual debe persistirse "en la vigilancia de los síntomas y tomar medidas para dejar en reposo el intestino (ayuno)". Finaliza indicando que el TAC proporcionó la sospecha diagnóstica, y que fue solicitado "al no mejorar la sintomatología", realizándose la laparotomía "cuando la clínica orientaba un cuadro séptico de origen abdominal, sin que antes existieran datos clínicos que la justificaran".

Además de esta exposición, que explica el motivo del denunciado tiempo de espera entre la realización de las pruebas de imagen, debe tenerse en cuenta que, como indica el Jefe del Servicio, las actuaciones no quirúrgicas, tales como el seguimiento y la realización de estudios complementarios, también constituyen asistencia, sin que puedan considerarse señal de desatención. Y, especialmente, consta que se siguió el protocolo establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para "Complicaciones en laparoscopia y en histeroscopia: prevención y manejo", en el que se señala la procedencia, ante "la persistencia del dolor abdominal", de "pruebas de imagen" y de "estudio analítico" para descartar una posible "patología derivada de la intervención". De forma específica, se refleja que, en el caso de "lesiones digestivas", "es frecuente que el diagnóstico sea tardío y posoperatorio", concurriendo en el asunto analizado el "pequeño tamaño de la lesión de origen (1 cm)" y su "localización" retrouterina, que "pueden enmascarar" el diagnóstico o dificultarlo.

A la vista de lo expuesto, concluimos que no se ha acreditado en el supuesto examinado que la asistencia sanitaria prestada a la interesada hubiera

infringido la *lex artis ad hoc*, sin que alcance a comprenderse qué aspecto concreto de la “actuación de los profesionales” intervinientes en el proceso asistencial “pudo haber sido mejorable”, como genéricamente afirma en su “juicio global” la autora del informe técnico de evaluación. Por el contrario, del expediente se deduce que ni el daño original alegado como desencadenante del proceso mórbido -la perforación a nivel del sigmoideo distal- ni sus consecuencias -incluidos los procedimientos quirúrgicos imprescindibles para corregirlas- guardan relación con una mala práctica médica, sino que se trata de la materialización de los riesgos generales derivados de las intervenciones diagnósticas y quirúrgicas a las que fue sometida la paciente y encuadrables en los recogidos en el documento de consentimiento informado por ella suscrito, por lo que no resultan antijurídicos, sin que tampoco quepa apreciar demora en su diagnóstico y tratamiento.

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.