

Expediente Núm. 249/2014
Dictamen Núm. 278/2014

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 4 de diciembre de 2014, 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 16 de septiembre de 2014 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de junio de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la asistencia que se le dispensó en relación con un embarazo ectópico.

Señala que ingresó el 24 de marzo de 2012 en el Hospital “como consecuencia de un sangrado vaginal y dolor en el FII” y que, tras efectuársele un test de embarazo que dio positivo, se le realizan determinadas pruebas en las que se concluye como diagnóstico “gestación incipiente”, si bien “no se observan imágenes sugestivas de embarazo ni intra, ni extrauterino”, aunque de la ecografía se deduce “imagen intraútero econegativa de 5 mm compatible con saco gestacional”, añadiendo que se decide el alta el 25 de marzo de 2012 con la recomendación de “pedir cita para ecografía de control en 10 días”.

Manifiesta que “inmediatamente después del alta (...) acude a realizarse una ecografía y diagnóstico alternativo en una clínica privada, de la que se concluye el útero vacío y se recomienda volver al Servicio de Urgencias (...) ante la sospecha de una gestación ectópica, con riesgo evidente para (el) feto y para la madre”.

Precisa que el 2 de abril de 2012 se le diagnostica, “a diferencia de lo sucedido una semana antes en el mismo Servicio, una gestación ectópica derecha que conlleva la inmediata intervención, procediéndose ese mismo día a una salpinguectomía derecha mediante laparoscopia”.

Afirma que “un embarazo ectópico es un riesgo manifiesto para la vida, por lo que la intervención debe realizarse de manera urgente. Los medios técnicos y estado de la ciencia permiten, sin ningún género de dudas, su sencilla detección. En este supuesto los síntomas y pruebas realizados el primer día de ingreso (...) evidenciaban aquella situación que requería una urgente actuación. No obstante, se ordenó el alta (...), lo que supuso un riesgo evidente para su vida, hasta el punto que al segundo ingreso (...) hubo de practicarse una intervención de urgencia, salpinguectomía derecha mediante laparoscopia, con graves secuelas permanentes, además de exigir un periodo de recuperación que aún no ha concluido”.

Solicita una indemnización por los daños y perjuicios, que “habrán de cuantificarse a la vista de las consecuencias derivadas de la anormal prestación

del servicio, para lo que me remito al expediente clínico (...), y las secuelas temporales y permanentes sufridas”.

Adjunta, entre otros documentos del Servicio de Obstetricia del Hospital, los siguientes: a) Informe de alta de 26 de marzo de 2012, tras un ingreso el día 24 del mismo mes por “test de embarazo (+) + sangrado vaginal”. Como antecedentes personales figura “salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico”. b) Informe de alta de 4 de abril de 2012, relativo a un ingreso el día 2 del mismo mes por “gestación ectópica derecha”. Consta en él que “el día 2-4-12 se realiza salpinguectomía derecha mediante laparoscopia”.

2. Mediante oficio de 3 de julio de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios comunica a 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. Consta en el expediente que se efectuaron dos intentos de notificación por vía postal que resultaron infructuosos.

El día 29 de agosto de 2013, la perjudicada se persona en las dependencias administrativas y recoge la citada notificación, tal y como consta en la diligencia extendida al efecto.

3. El día 9 de julio de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Servicio de Ginecología sobre el contenido de la reclamación.

Mediante oficios de 18 y 26 de julio de 2013, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la documentación solicitada.

En la historia clínica figuran, además de los informes que se adjuntan a la reclamación, la hoja de curso clínico relativa al ingreso, en la que se anota, el

día 24 de marzo de 2012, que "comentado el caso con staff (...) existe la sospecha de aborto incompleto (...) gest. ectópica. Se decide ingreso en observación", y la orden de ingreso, de la misma fecha, en la que se refleja como diagnóstico provisional el de "aborto (...) gest. ectópica".

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Ginecología, datado el 25 de julio de 2013, se indica que la paciente ingresa "el 24 de marzo de 2012 presentando una amenorrea gestacional de 5 semanas y pérdidas hemáticas escasas de varios días de duración./ La exploración física ginecológica es normal, no demostrando sensibilidad anexial ni a la movilización cervical, ni a la palpación del fondo de saco `no objetiva signos subjetivos de embarazo´./ El día 25 de marzo la determinación de BHCG es de 5.402, produciéndose un aumento muy marcado compatible con una gestación normalmente evolutiva. Habitualmente una gestación abortiva o ectópica no duplica las cifras de BHCG en un periodo de 24 horas, sino que permanece estable o con una elevación muy discreta./ La ecografía realizada el 25 de marzo demuestra una imagen econegativa, intrauterina compatible con saco gestacional muy incipiente, como corresponde a una gestación con solo una semana de retraso menstrual. Es preciso mencionar que en los embarazos extrauterinos aparece, en ocasiones, una imagen de pseudosaco muy similar./ Dada la existencia de una amenorrea muy corta, imagen de 5 mm compatible con saco gestacional, buena evolución de las tasas de BHCG, se establece el diagnóstico de `gestación incipiente´. La paciente es dada de alta el 25 de marzo y es citada en 10 días, entregándose volante (...) para seguimiento ecográfico de su embarazo. Asimismo se le indica en el informe de alta `si dolor intenso o sangrado agudo acudir a Urgencias´ (...). El día 24 de marzo la evidencia de las pruebas no permitía en modo alguno más diagnóstico que el de `gestación incipiente´. Para evaluar el curso de dicha gestación era preciso realizar un 2.ª exploración ecográfica unos 7-10 días más tarde, como se le indicó". La paciente ingresa "de nuevo el día 2 de abril de 2012, solo un par de días antes de la cita establecida, ya que ha acudido a una consulta privada y no han evidenciado gestación intraútero (...). No refiere

dolor ni pérdidas hemáticas, presentando unas constantes normales y una analítica hemática completamente normal. La BHCG es de 22.041 y la ecografía detecta una imagen anexial dcha. compatible con gestación ectópica./ El mismo día 2 se realiza salpinguectomía dcha. mediante laparoscopia sin ningún tipo de incidencia. Durante la laparoscopia no se detecta hemoperitoneo ni signos de rotura tubárica. La evolución posoperatoria es totalmente satisfactoria y (...) es dada de alta el 4 de abril de 2012". Resalta que la reclamante "nunca se encontró en situación de riesgo vital. El embarazo ectópico intervenido el 2 de abril no se encontraba accidentado, no existía sintomatología en la paciente y no se evidenció existencia de hemoperitoneo en la intervención que se realizó con cirugía mínimamente invasiva y alta precoz". Añade que "fue citada para revisión el 15 de mayo de 2012, según se acredita en el informe de alta", y no acude hasta "el 1 de agosto -4 meses más tarde-, donde no se acredita ninguna secuela en relación con la cirugía practicada, dándose de alta definitiva". Concluye que "la paciente fue vista en la semana 5 de una gestación incipiente. La precocidad de la gestación no permitió todavía la visualización ecográfica de la gestación ectópica (...). Fue citada en 10 días para valorar la evolución que, sin duda, hubiera establecido el diagnóstico definitivo".

4. Con fecha 31 de julio de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que "si en el primer momento se hubiese podido establecer el diagnóstico de embarazo ectópico la 'traumática actuación de una semana después' se hubiese adelantado. Es decir, el único tratamiento ante un embarazo ectópico es el que se le practicó cuando se pudo establecer el diagnóstico. La intervención de urgencia (...) es fruto del embarazo ectópico y no de que se haya diagnosticado el 25 de marzo o el 2 de abril". Entiende que "la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*".

5. Mediante oficios de 6 de agosto de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios 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. El día 24 de octubre de 2013, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que indica que “viene a aportar la información adicional solicitada telefónicamente por el Servicio de Inspección”. Tras reproducir su escrito inicial como “antecedentes de la reclamación”, afirma que los hechos relatados “son constitutivos de un funcionamiento anormal del servicio público de sanidad, son generadores de un derecho indemnizatorio por los daños físicos y morales padecidos, así como por los perjuicios derivados de aquella intervención”. Sostiene que “como consecuencia del erróneo diagnóstico de mi dolencia (...) peligró gravemente la vida de esta paciente (según valoración de la doctrina científica al respecto), hubo de realizarse una intervención posterior de urgencia (...) que, más allá de su agresividad, supuso la extirpación de las trompas de Falopio y, en consecuencia, la esterilidad”.

Por lo que se refiere a la cuantificación del daño, se remite a la jurisprudencia dictada respecto a los precedentes que “tristemente” existen en la materia y al baremo de accidentes, y lo estima en setenta mil euros (70.000 €).

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, y suscrito colegiadamente el 29 de noviembre de 2013 por dos especialistas en Obstetricia y Ginecología y por un Facultativo Especialista de Área de la misma materia. Respecto a las determinaciones de beta-HCG, señalan que “incrementos superiores al doble de su valor en 48 horas o al 500% en 4 días diagnostican con un VPP 99% una gestación intrauterina evolutiva”. Efectúan

diversas consideraciones sobre la gestación ectópica e indican, sobre el tratamiento expectante, que “se realizarán controles analíticos y clínicos cada 48-72 horas de manera ambulatoria, de forma similar al manejo de las pacientes con tratamiento médico”, y que “se suspenderá el mismo cuando la paciente experimente un incremento significativo del dolor abdominal, una concentración estable o un aumento de la β hCG o signos de rotura tubárica”. Por lo que se refiere al tratamiento médico con metotrexato, especifican los criterios de inclusión -“ β -HCG inferior a 5.000-10.000 mUI/l”, aclarando que “con cifras <5.000 mUI/l la probabilidad de solucionar el embarazo ectópico es superior al 90%, pero con >10.000 mUI/l la probabilidad es inferior al 82%”- y los de exclusión. En cuanto al tratamiento quirúrgico, afirman que el “de elección será la salpinguectomía por vía laparoscópica (...). En la actualidad las principales razones para optar por la cirugía de entrada serían:/ Paciente que no cumple los criterios de tratamiento médico./ Necesidad de utilizar la laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico./ Rotura o sospecha de rotura de un embarazo ectópico”.

Manifiestan que “cuando la paciente presente datos de rotura tubárica con shock hipovolémico se recomienda la salpinguectomía”, añadiendo que “también está descrito la realización de salpingostomía (abrir la trompa y extirpación del embarazo ectópico) que, aunque se considere más conservadora, no se ha demostrado que aumente la tasa de fertilidad”.

En relación con el caso, consideran que “el tratamiento médico con metotrexato también hubiese sido una opción válida”, y respecto a la esterilidad por la que se reclama, ponen de relieve que “esta paciente ya tenía una trompa extirpada anteriormente, sin que se pueda atribuir a la actuación de los profesionales que la atendieron en este episodio”, y subrayan que “el hecho de que se produzca una gestación ectópica implica que esa trompa funciona de una manera anómala, por lo que este ‘daño’ tubárico ya está producido, independientemente del tratamiento que se hubiese realizado”, precisando que,

“dado que ya existían antecedentes en la paciente de haberse realizado una cirugía el día 24-03-2012 (...) las consecuencias hubiesen sido las mismas”.

Concluyen que “ninguna de las pruebas realizadas hacía pensar en una gestación ectópica, sino que eran sugestivas de una gestación intrauterina incipiente (...). No había signos de gravedad que indicaran la realización de una cirugía urgente el 24-03-2012 (...). La esterilidad no se puede atribuir, al menos en exclusividad, a la intervención quirúrgica, dados los antecedentes de salpinguectomía izquierda por un embarazo ectópico anterior, y que el propio embarazo tubárico provoca una obstrucción tubárica”.

Por último, califican “la actuación de los profesionales intervinientes” como “acorde a la *lex artis ad hoc*, sin que se encuentre indicio alguno de mala praxis”.

8. El día 30 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 22 de mayo de 2014, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que afirma que “se produjo (...) un error grave que (...) llevó a la misma a una situación posterior irrevocable”. Sostiene que cuando ingresó el 2 de abril de 2012 “presentaba unas constantes normales y estables, siendo su analítica, también, totalmente normal, sin que, en ningún caso, fuere precisa ninguna intervención de urgencia”. Considera que “ante la falta de síntomas (...), pero diagnosticado el embarazo ectópico, lo más recomendable hubiese sido el tratamiento médico-farmacológico con metotrexato, posibilidad que, ni siquiera le fue ofrecida”. Reconoce que “fue informada de los riesgos ante una laparoscopia diagnóstica/terapéutica (...). Durante dicha intervención no se detectó ni hemoperitoneo, ni signos de rotura tubárica (...). Sin embargo, aun así se le practicó una salpinguectomía, recomendable únicamente cuando la

paciente presenta datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, lo que (...) no ocurría". Concluye que "se produjeron determinadas negligencias médicas que no justifican las decisiones adoptadas".

9. Con fecha 5 de junio de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital un nuevo informe sobre la procedencia de tratamiento con metotrexato.

El 2 de julio de 2014, el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia emite un informe complementario. En él señala que "la valoración de HCG el día 2 de abril era 22.041 U (...). Los candidatos óptimos para el tratamiento son los que presentan valores por debajo de 5.000 U (...). Una concentración de HCG alta es el factor asociado más importante al fracaso del metotrexato. En una revisión sistemática de estudios observacionales se demostró que existe un incremento estadísticamente significativo entre el porcentaje fracaso del tratamiento y los valores de HCG superiores a 5.000 U. La tasa de fracasos entre 5.000 y 9.999 U fue significativamente mayor que en aquellas gestaciones con valores inferiores a 5.000 (...). El seguimiento de las pacientes tratadas con metotrexato obliga a controles de HCG a los 4 y 7 días postratamiento. Si la respuesta no es adecuada se pauta una segunda dosis del fármaco con seguimiento a los 7 días. En caso de respuesta no adecuada nueva dosis de tratamiento y seguimiento a la semana. Finalmente tras tres dosis de metotrexato y fracaso terapéutico es necesario practicar la cirugía". Añade que, "dadas las características clínicas de la paciente, este escenario era el que habría que contemplar si se hubiera optado por el tratamiento farmacológico, que de acuerdo con los conocimientos científicos actuales no estaba claramente indicado (...). Finalmente otro escenario posible es que esperando la evolución durante varias semanas tras el metotrexato el ectópico se hubiera accidentado y la intervención quirúrgica se hubiera tenido que practicar de urgencia y en peores condiciones clínicas".

10. Mediante oficio notificado a la reclamante el 16 de julio de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura de un segundo trámite de audiencia por un plazo de quince días, al haberse incorporado al expediente el citado informe, adjuntándole una copia del mismo.

Con fecha 30 de julio de 2014, la interesada presenta un nuevo escrito de alegaciones en el que señala que el nuevo informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia es "irrelevante", pues "no contesta a la razón del por qué el mismo no le fue ofrecido a la reclamante ni tampoco por qué, finalmente, se decidió por practicar una salpinguectomía". Considera evidente que, "pese a que los candidatos óptimos para el tratamiento con metotrexato son los que presentan valoración de HCG por debajo de los 5.000 U (...), el tratamiento (...) también se puede suministrar con otros valores", remitiéndose al informe de los especialistas en Ginecología y Obstetricia. Por último, insiste en que "ante la falta de síntomas que presentaba (...), pero diagnosticado el embarazo ectópico, lo más recomendable hubiese sido el tratamiento médico-farmacológico con metotrexato; posibilidad que ni siquiera le fue ofrecida". Reitera que "se le practicó una salpinguectomía, recomendable únicamente cuando la paciente presenta datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, lo que, en el presente caso, no ocurría (...), siendo lógicamente una solución mucho más agresiva que el tratamiento farmacológico y de consecuencias evidentemente más gravosas para la misma".

11. El día 19 de agosto de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes obrantes en el expediente. En ella razona que, "aunque la reclamante califique de irrelevante el informe del Jefe del Servicio (...), parece que de acuerdo con la literatura científica un embarazo ectópico con una BHCG (...) de 22.041 U no es subsidiario de tratamiento con metotrexato, sino quirúrgico". Añade que "el

tratamiento farmacológico que se menciona produce una necrosis del saco embrionario, no garantizando en ningún caso la permeabilidad de la trompa aun en el caso de que sea efectivo”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de septiembre de 2014, 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.

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

TERCERA.- 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.

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

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que se solicita una indemnización por el “erróneo diagnóstico” de una gestación ectópica como consecuencia del cual “peligró gravemente la vida” de la reclamante y “hubo de realizarse una intervención posterior de urgencia (salpinguectomía derecha mediante laparoscopia)” que supuso su “esterilidad”, habida cuenta de que en el año 2006 se le había realizado una salpinguectomía izquierda.

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”. Teniendo en cuenta que la interesada reclama por dos daños diferentes, hemos de fijar el respectivo *dies a quo* para el cómputo del plazo de prescripción. Respecto al primero de ellos (el daño moral asociado a la creación de un riesgo vital por el retraso en la intervención quirúrgica), y aun considerando que el perjuicio alegado constituye una construcción artificiosa, *ex post*, lo cierto es que tal daño moral habría desaparecido precisamente desde el momento en el que se le practica la operación, concretamente el 2 de abril de 2012. Por lo que se refiere al segundo de los daños (la esterilidad como consecuencia de la salpinguectomía), hay que tener presente que el alta hospitalaria se produjo el día 4 de abril de 2012, momento en el que la esterilidad de la reclamante habría quedado de manifiesto, dados sus antecedentes obstétricos. Por tanto, puesto que la reclamación se plantea con fecha 28 de junio de 2013, es claro que fue formulada cuando ya había transcurrido el plazo de un año legalmente determinado.

En definitiva, por cualquiera de los daños imputados la reclamación resulta extemporánea, por lo que 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 ADJUNTO,

Fdo.: Manuel Eduardo Mier González

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.