

Expediente Núm. 11/2016
Dictamen Núm. 44/2016

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 25 de febrero de 2016, 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 22 de diciembre de 2015 -registrada de entrada el día 8 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de abril de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Refiere que en el año 2003 fue "diagnosticada de esclerosis múltiple mixta con brotes (...), estando controlada por el Servicio de Neurología del Hospital "X", y que el 19 de abril de 2012 se le practica en el Hospital "Y" "una histerectomía total, doble anexectomía, extirpación de nódulo sobre músculo pectíneo, linfadenectomía pélvica y paraaórtica hasta mesentérica inferior y resección de implantes peritoneales por adenocarcinoma de endometrio. En el posoperatorio inmediato presentó una monoparesia completa de la pierna izquierda valorada por parte del Servicio de Neurología, que en principio no la asoció a parálisis posquirúrgica del nervio ciático poplíteo izquierdo y lo consideró un brote de esclerosis múltiple (...). El 30 de abril de 2012 fue alta hospitalaria, con persistencia de la paresia". Añade que "el 5 de mayo de 2012 (...) acude al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" por persistencia de la anestesia en el pie y pierna, incapacidad para la deambulación, refiriendo que el cuadro actual no tiene ninguna similitud con los brotes de esclerosis previos. El traumatólogo de guardia descartó relación con su especialidad y (la) deriva a consulta de Neurología", que "descarta un brote de esclerosis y plantea el diagnóstico de afectación del nervio ciático poplíteo izquierdo", diagnosticándosele en el Servicio de Neurología del Hospital "X" "afectación L5-S1 izquierda severa por afectación axonal poscirugía ginecológica".

Manifiesta que realiza tratamiento rehabilitador con escasos resultados y que precisa silla de ruedas, andador y supervisión de otra persona. Expone que el 8 de febrero de 2013 el Servicio de Neurología del Hospital "X" le informa de que, "además de la esclerosis múltiple mixta con brotes y carácter levemente progresivo, padece una afectación periférica del miembro inferior izquierdo por daño en las raíces lumbosacras, teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retroperitoneal parece haber una relación causa-efecto; añadiendo que la paresia severa con afectación distal del MII persiste a pesar de haber recibido tratamiento rehabilitador prolongado, y el pronóstico funcional no es bueno".

Afirma que en el informe emitido, a petición de parte, por un especialista en Valoración del Daño Corporal se señala que “la reclamante, como consecuencia de la intervención quirúrgica, sufre una paresia del miembro inferior izquierdo por lesión de las raíces lumbosacras. Se puede establecer una relación causa-efecto entre la intervención quirúrgica, las lesiones ocasionadas (...) y las secuelas resultantes, basándose tanto en la evidencia clínica (...) como en el cumplimiento de los criterios de causalidad”.

Considera que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, puesto que los daños que sufre son consecuencia de la intervención quirúrgica a que fue sometida.

Valora el daño ocasionado en quinientos sesenta mil novecientos veintidós euros con sesenta y cinco céntimos (560.922,65 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 25 puntos de secuelas por monoparesia del miembro inferior, 32.050 €; un 10% de factor de corrección, 3.205 €; incapacidad permanente absoluta y necesidad de ayuda de tercera persona, 382.303,74 €, y ayuda a familiares afectados, 143.363,91 €.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Ginecología del Hospital “Y”, de 30 de abril de 2012. b) Informe del Servicio de Ginecología del Hospital “Y”. c) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, de 5 de mayo de 2012. d) Notas de progreso del Hospital “Y”, de 9 de mayo de 2012. e) Informes del Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, de fechas 20 de junio y 1 de agosto de 2012. f) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital “X”, de 30 de noviembre de 2012. g) Informe evolutivo del Servicio de Neurología del Hospital “X”, de 8 de febrero de 2013. h) Informe elaborado a petición de la reclamante por un especialista en Valoración de Daño Corporal el 2 de abril de 2013.

2. Mediante escrito notificado a la perjudicada el 8 de mayo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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 de la falta de resolución expresa.

3. El día 8 de mayo de 2013, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V y al Hospital "Y" una copia de la historia clínica de la interesada y un informe de los servicios intervinientes en la atención dispensada.

4. Con fecha 24 de mayo de 2013, la reclamante solicita que "se tenga por ampliado mi escrito de reclamación en el sentido de considerar como una de las causas de la misma la falta de consentimiento informado", ya que entiende que "de la documentación que le fue facilitada por dicho hospital (...) se deduce que (...) no fue debidamente informada con rigor, detalle y exactitud de los riesgos y consecuencias de la intervención quirúrgica que se le iba a realizar".

5. Mediante escritos de 16 de mayo de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V traslada la reclamación presentada a la compañía aseguradora y remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital "X". El citado informe, de fecha 8 de febrero de 2013, refiere un diagnóstico de "parálisis distal de MII por lesión severa de raíces lumbosacras (L5, S1, S2)", y señala que "se trata de una paciente con una esclerosis múltiple (...) que tras una cirugía ginecológica presenta una paresia distal severa de MII. Tanto las características clínicas como la aparición del déficit y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica; los estudios iniciales sugieren más una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal parece haber una relación causa-efecto./ La paciente

ha recibido tratamiento rehabilitador prolongado, pero en el momento actual persiste una paresia severa con afectación distal del MII. El pronóstico funcional en estos momentos transcurrido más de un año del proceso es malo”.

6. El día 12 de junio de 2013, el Gerente del Hospital “Y” envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica relacionada con el objeto de reclamación y los informes solicitados. La historia clínica incorpora un documento de consentimiento informado para la realización de histerectomía radical, firmado por la paciente el 4 de abril de 2012, en el que figura como indicación quirúrgica “adenoca. de endometrio” y que la intervención consiste en la “extirpación del útero”. En él se relacionan las “complicaciones específicas de la intervención quirúrgica por orden de frecuencia”, ocupando las “lesiones vasculares y neurológicas” el último lugar de las que se citan.

El informe del Servicio de Neurología del Hospital “Y”, de fecha 6 de junio de 2013, consigna que “se trata de una paciente ingresada en el Servicio de Ginecología de la Fundación (...) Hospital “Y” que había sido intervenida el día 19 de abril de 2012 de un adenocarcinoma tipo endometriode grado II con realización de una histerectomía abdominal y doble anexectomía con linfadenectomía aortoílica./ Diagnosticada desde el año 2003 de esclerosis múltiple”. Precisa que tras la intervención la paciente refiere “pérdida de la sensibilidad de todo el miembro inferior izquierdo (...). Puesto que la clínica era similar a brotes previos, la exploración era compatible con una afectación central, había una cirugía reciente, el diagnóstico fue de brote de esclerosis múltiple”. No se prescriben inicialmente corticoides, ya que “el riesgo de infección era alto”, y “se decide esperar a iniciar el tratamiento hasta que se consolide la herida quirúrgica (...). A los siete días de la intervención (...) se inicia el tratamiento corticoideo”. Añade que, “vista la evolución hacia la recuperación (...), se programa tratamiento con corticoides (...), se solicita una férula (...), se pautan indicaciones para valoración en Rehabilitación (...), se le

indica también que deberá ser valorada en su centro (...). La paciente vuelve a ser valorada por mí mismo el día 9 de mayo de 2012 (...). Me refiere que no ha mejorado (...) y que habitualmente sus brotes responden mucho antes, que ya ha sido vista en Neurología del Hospital "X", donde se considera el cuadro más compatible con una parálisis posoperatoria del ciático poplíteo-externo (...). A partir de esta fecha no he vuelto a ver a la paciente y debe haber sido seguida en su centro de referencia". Concluye que "la afectación inicial de la paciente era compatible con una afectación del sistema nervioso central (...). La cirugía es una causa conocida de presentación del brote de enfermedad desmielinizante. Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico de una neoplasia como la que tenía la paciente".

Con fecha 7 de junio de 2013, un facultativo del Servicio de Ginecología del Hospital "Y" emite un informe en el que indica que la paciente, diagnosticada de esclerosis múltiple en diciembre de 2003, fue sometida a una intervención quirúrgica el 19 de abril de 2012, practicándosele una "histerectomía total, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica, paraaórtica y resección del nódulo situado sobre el músculo piriforme en intervención quirúrgica conjunta con el Servicio de Cirugía Vasculard". El diagnóstico es de "adenocarcinoma de endometrio tipo endometriode IA G2", y especifica que "el primer día posoperatorio comienza con parestesia en pierna izquierda, por lo que se solicita valoración al Servicio de Neurología".

7. Con fecha 7 de febrero de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la reclamante ingresa "el 17 de abril de 2012 (...) en el Hospital "Y" con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio", que se le propone intervención quirúrgica que acepta y que "el día 19-04-2012 se realiza bajo anestesia general laparotomía media infraumbilical". Se efectúa un "lavado pélvico y de ambas goteras parabólicas para citología, histerectomía total y doble anexectomía, extirpación del nódulo sobre el músculo pectíneo izquierdo

(...). Se continúa con linfadenectomía pélvica y paraaórtica hasta mesentérica inferior. Se biopsian zonas de implantes a nivel de Douglas y pared de sigma. Tras la cirugía no queda tumor macroscópico”.

Aclara que la paciente “presenta un brote de esclerosis múltiple que precisa valoración y tratamiento con corticoides por parte del Servicio de Neurología (...). El 5 de mayo de 2012 acude a Urgencias de H. ‘Y’ y refiere monoparesia de EII, conocida desde su ingreso anterior (...). Se deriva a Neurología (...). El 9 de mayo de 2012 es vista nuevamente en Neurología de ‘Y’, que informa ‘(...) que no ha mejorado más de lo descrito en el informe de alta y que habitualmente sus brotes responden mucho antes, que ya había sido vista en Neurología del Hospital ‘X’, donde se considera el cuadro más compatible con una parálisis posoperatoria del ciático poplíteo-externo’”. Reseña que en el citado informe se añadía, a modo de comentario, que “la afectación inicial de la paciente era compatible con una afectación del sistema nervioso central (...). La cirugía es una causa reconocida de presentación de brote de enfermedad desmielinizante. Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico de una neoplasia como la que tenía la paciente”. Indica que a partir de ese momento “es tratada por Neurología de H. ‘X’”, y que el informe de continuidad del citado Servicio refiere que “se trata de una paciente con (...) esclerosis múltiple pero que tras una cirugía ginecológica presenta una paresia distal severa de MII. Tanto las características clínicas como la aparición del déficit y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica; los estudios iniciales sugieren más una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que (...) se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retroperitoneal parece haber una relación causa-efecto./ La paciente ha recibido tratamiento rehabilitador prolongado, pero en el momento actual persiste una paresia severa con afectación distal de MII. El pronóstico funcional en estos momentos, transcurrido más de un año del proceso, es malo”.

Afirma que la paciente ingresó en el Hospital "Y" para cirugía programada con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio y que se realizó la "histerectomía (...), la resección del nódulo pectíneo (...) y la linfadenectomía. Se completó con la linfadenectomía de los obturadores. Se quitaron los implantes en Douglas./ En el curso del posoperatorio inmediato la paciente comenzó a referir un cuadro de monoparesia en la extremidad inferior izquierda que impresionaba de características centrales, dados los antecedentes de la paciente, la similitud con brotes previos y el hecho de que la cirugía puede ser desencadenante de un brote de enfermedad desmielinizante (...). Más adelante las características clínicas y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica, y más concretamente una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal parece haber una relación causa-efecto./ Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico (...) y figuran descritas como complicaciones específicas en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente".

En atención a ello, sostiene que la monoparesia del miembro inferior izquierdo que padece la reclamante está "probablemente en relación con la manipulación del espacio retroperitoneal a causa de la amplia cirugía abdominal a que fue sometida. El riesgo está descrito en el consentimiento informado para este tipo de cirugías./ Por tanto, cabe concluir pronunciamiento en contra de la reclamación patrimonial planteada, por cuanto el proceder de los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital "Y" fueron correctos en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos".

8. Mediante escrito de 12 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del

informe técnico de evaluación a la Fundación Hospital “Y” y al día siguiente a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, trasladando también una copia del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 19 de marzo de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, un especialista en Neurología suscribe un informe médico. En él concluye que “se trata de una paciente diagnosticada de esclerosis múltiple recurrente remitente de unos 10 años de evolución a la que se le diagnostica de un adenocarcinoma de útero y se le propone tratamiento quirúrgico electivo que (...) acepta (...). La intervención transcurre sin incidencias (...). Se trata de una intervención compleja en la que tienen que colaborar dos equipos quirúrgicos (Ginecología y Cirugía Vascular) (...). Un día más tarde la paciente nota pérdida de sensibilidad en la pierna izquierda (...). Por este motivo se consulta con Neurología, que (...) establece como diagnóstico más probable la reactivación de la enfermedad de base de la paciente en forma de un nuevo brote y se establece un tratamiento acorde con este diagnóstico (...). La paciente fue dada de alta del hospital el día 30 de abril de 2012, y 5 días más tarde acude a Urgencias aquejando falta de mejoría de la clínica y su impresión personal de que la evolución de este cuadro no era la habitual en un brote de esclerosis múltiple (...). En la valoración clínica realizada en este episodio asistencial también se sospecha que puede tratarse de una lesión del sistema nervioso periférico (...). Se remite la paciente a Neurología, que la valora tres días más tarde (...). Se confirma la sospecha clínica y se solicita EMG. Los resultados de esta prueba confirman el diagnóstico definitivo de afectación severa de raíces nerviosas lumbares y sacras que conforman el nervio ciático (...). La paciente siguió tratamiento rehabilitador hasta septiembre de 2012, pero la mejoría fue discreta (...). A la vista de todo lo referido podemos decir que (...) sufrió una lesión en las raíces nerviosas del plexo lumbosacro que conforman el nervio ciático mayor de la pierna izquierda (...). Es muy probable que esta lesión se produjera en el transcurso de la intervención quirúrgica (...) necesaria para poder extraer la totalidad del tumor

y los tejidos y ganglios próximos con posible infiltración, dado que el útero y sus anejos se sitúan en el espacio retroperitoneal en estrecha relación anatómica con el plexo lumbosacro (...). Esta es una complicación infrecuente pero posible, y como tal está reflejada en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención (...). La severidad de la lesión conduce a una evolución desfavorable a pesar del tratamiento rehabilitador y a que (...) presente una secuela sensitiva y motora en su pierna izquierda que, por el tiempo transcurrido, puede estimarse como definitiva”.

10. Mediante escrito notificado a la reclamante el 3 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario 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. Consta incorporada al mismo una diligencia en la que se hace constar que un representante de aquella, debidamente acreditado, toma vista del expediente el 9 de abril de 2014.

11. El día 23 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V que envíe nuevamente los cinco informes del Servicio de Neurología obrantes en la historia clínica, por ser sus copias ilegibles; circunstancia que se comunica a la perjudicada el día 30 de ese mismo mes. Las citadas copias son remitidas el 16 de mayo de 2014.

12. Con fecha 28 de abril de 2014, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que no dispone de la documentación que obraba ilegible en el expediente y cuyas copias se han solicitado. Indica, “por lo que respecta al consentimiento informado”, que “los formularios firmados por la reclamante no reúnen los requisitos exigidos para que puedan ser considerados como documentos (que) faciliten al paciente una información que contenga los

datos y elementos adecuados al objeto de poder tomar una decisión trascendente./ Si bien es cierto que recoge posibles lesiones vasculares y neurológicas (sin ninguna especificación ni concreción anatómica y se consideran además las menos frecuentes), la generalidad y falta de datos concretos sirve para justificar cualquier daño quirúrgico (...). Para la prestación de un consentimiento libre y voluntario es indispensable que la información que se proporcione al paciente sea objetiva, veraz y completa, lo que no sucede en el presente caso, que se trata de un mero formulario./ Si a la reclamante le hubieran informado de que existía la posibilidad de que tras realizarse la intervención quirúrgica pudiera quedar postrada en una silla de ruedas para toda su vida no hubiera prestado su consentimiento (...). A las pocas horas de finalizar la intervención quirúrgica (...) ya manifestó (...) que no sentía nada en la pierna izquierda (...). Lo achacaban a un brote y pese a su insistencia (...) nadie efectuó prueba o puso remedio alguno (...). Hasta (...) 16 días después de la intervención quirúrgica (...) no se inician las pruebas que concluyen que la patología no tiene nada que ver con la esclerosis./ Si el mismo día de la intervención la reclamante manifiesta con insistencia y reiteración que ni siente ni mueve la pierna y uno de los peligros de la intervención es la posibilidad de lesión neurológica lo normal y lógico sería descartar dicha lesión. Las consecuencias de las lesiones podrían ser distintas y de menos entidad y gravedad si ese mismo día o en los inmediatos posteriores se hubiera detectado la lesión e intentado solucionarla". Añade que la doctora que la atendió en el Hospital "X" "le manifestó su extrañeza por la pasividad de los médicos del Hospital `Y´ (...) y le expresó su opinión de que le habían cortado el nervio ciático, porque si solo hubiera sido `tocado´ dicho nervio ya estaría recuperada".

Sobre la rehabilitación realizada en el Centro de Salud "le manifestaron que era una pérdida de tiempo continuar con la misma". Resalta que "los dictámenes obrantes en el expediente (...) reconocen que las lesiones

de la reclamante se producen en el quirófano por lesión en el plexo lumbar dentro de la manipulación retroperitoneal”.

Añade que presenta un grado de discapacidad del 79% y acredita la necesidad de tercera persona para los actos de la vida diaria. Solicita que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración y se la indemnice con la cantidad inicialmente señalada.

13. El Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario, una vez recibidas las copias solicitadas, mediante oficio notificado a la reclamante el 29 de mayo de 2014, le concede un segundo trámite de audiencia. No consta la presentación de nuevas alegaciones.

14. Con fecha 25 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

15. El día 3 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “en el caso que nos ocupa, y entrando en el análisis de los hechos que motivan la reclamación, esta debe ser desestimada, ya que (...) la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, por cuanto el proceder de los servicios médicos del Hospital “Y” fue correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada, con las intervenciones de acuerdo a la clínica que presentaba y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos. La paciente, con antecedentes de esclerosis múltiple desde el año 2003, tras la realización de una histerectomía presenta un cuadro de monoparesia del MII (...). Es muy probable que esta lesión se produjera en el transcurso de la intervención quirúrgica (...). Aunque es una complicación infrecuente, el riesgo

está descrito para este tipo de cirugías en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención. Si bien inicialmente se interpretó el cuadro como un brote de la enfermedad desmielinizante que padece, la evolución y los estudios electromiográficos orientaron hacia una afectación periférica, probablemente en relación con la manipulación del espacio retroperitoneal a causa de la amplia cirugía abdominal a que fue sometida (...). La actuación médica de los facultativos de los servicios médicos del Hospital `Y`, y en especial de los Servicios de Ginecología y Neurología, así como el Servicio de Neurología del Hospital `X`, que intervinieron en el proceso diagnóstico y terapéutico de (la reclamante) fue acorde al conocimiento actual de la medicina basada en la evidencia, adoptándose las decisiones y procedimientos de manera adecuada a los hallazgos clínicos en cada momento y conforme a la *lex artis ad hoc*”.

16. Mediante oficio de 21 de julio de 2014, V. E. solicita a este Consejo que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento seguido.

El Pleno del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 30 de octubre de 2014, emite dictamen en el que pone de manifiesto que “el informe del Servicio de Neurología del Hospital `X` (...) fue emitido el 8 de febrero de 2013 en el curso del seguimiento de la paciente”, y advierte que “este Consejo ha reiterado (...) que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación no puede entenderse cumplido con la incorporación de los evacuados por ellos durante el proceso sanitario asistencial, y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial”.

Por otra parte, apreciamos “que la instrucción del procedimiento no ha contribuido a aclarar ciertos hechos que pueden tener gran trascendencia a la hora de analizar si el servicio público sanitario (...) se ajustó en todas sus actuaciones a la *lex artis*”. Así, constatado que la afección neurológica periférica que padece la paciente había sido diagnosticada inicialmente como un brote de

la esclerosis que aquella sufría, consideramos necesaria la emisión de “los correspondientes informes técnicos que determinen en qué medida influye en el resultado dañoso -parestesia del miembro inferior izquierdo- la ausencia de detección de la lesión nerviosa periférica con carácter inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica”.

17. Con fecha 13 de noviembre de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita la evacuación de los informes solicitados por este Consejo Consultivo a la compañía aseguradora de la Administración, a la Gerencia de la Fundación Hospital “Y” y a la Gerencia del Área Sanitaria V.

18. El día 28 de noviembre 2014, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital “X” el 27 del mismo mes. En él explica que “la afectación periférica de MII es debida a una lesión del plexo lumbo-sacro de mal pronóstico, dado el tiempo transcurrido y las alteraciones en el EMG./ En este caso parece existir una relación causa efecto clara con la cirugía abdominal, pero el retraso en el diagnóstico no influye para la evolución del cuadro./ No existe ningún tratamiento médico para las alteraciones nerviosas de este tipo”.

19. Mediante oficio de 10 de diciembre de 2014, el Gerente de la Fundación Hospital “Y” envía al Servicio solicitante el informe elaborado el 9 del mismo mes por un facultativo del Servicio de Neurología del citado centro. En él señala que “dado que el diagnóstico final del proceso `no se trataba de un nuevo brote de esclerosis múltiple, sino de una afectación periférica, y más concretamente orienta a una afectación del plexo lumbar bajo´, y de que `a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal, parece haber una relación causa-efecto´, y que la

citada cirugía consistió en `histerectomía, doble anexectomía, resección de implantes peritoneales y linfadenectomía pélvica y paraaórtica por un adenocarcinoma endometriode de endometrio IA G2 ´”.

Añade que “la ausencia de detección de la lesión nerviosa periférica con carácter inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica no influye en el resultado de paresia y alteración de la sensibilidad, ya que en el momento actual no se dispone de más tratamiento que el conservador y rehabilitador para este tipo de lesiones, que fue el que se pautó a esta paciente./ La bibliografía disponible muestra que la aplicación de otros tratamientos en las lesiones nerviosas de los miembros inferiores en el contexto de una cirugía ginecológica se limita a la publicación de casos únicos en pacientes con lesiones de nervios aislados, con unos resultados siempre muy parciales”.

Considera que su “actuación se ajustó en todo momento a la *lex artis* y, por tanto, la reclamación presentada es totalmente infundada”.

20. Con fecha 17 de diciembre de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, un especialista en Neurología realiza una ampliación del informe emitido anteriormente. Señala que “la paciente sufrió una lesión en las raíces nerviosas del plexo lumbosacro que conforman el nervio ciático mayor de la pierna izquierda. Es muy probable que esta lesión se produjera en el transcurso de la intervención quirúrgica de extirpación de su adenocarcinoma de útero como consecuencia de la manipulación quirúrgica necesaria para poder extraer la totalidad del tumor y los tejidos y ganglios próximos con posible infiltración, dado que el útero y sus anejos se sitúan en el espacio retroperitoneal en estrecha relación anatómica con el plexo lumbosacro./ Esta es una complicación infrecuente pero posible, y como tal está reflejada en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención./ Inicialmente la paciente fue diagnosticada de un posible brote de su enfermedad neurológica (esclerosis múltiple), dado que esta sería la opción más frecuente y que al inicio la clínica de ambos procesos puede ser muy similar. Transcurridos unos días, y

ante la falta de mejoría con el tratamiento habitual de un brote de esclerosis múltiple y una evolución inhabitual para este diagnóstico, se replantea el diagnóstico y se realizan las pruebas necesarias (EMG) que conducen al diagnóstico definitivo./ La severidad de la lesión conduce a una evolución desfavorable a pesar del tratamiento rehabilitador y a que la paciente presente una secuela sensitiva y motora en su pierna izquierda que, por el tiempo transcurrido, puede estimarse como definitiva”.

Sostiene que el “hipotético retraso” diagnóstico “debe cuantificarse en 38 días. La paciente manifestó los primeros síntomas el día 20 de abril de 2012, se realizó la primera sospecha diagnóstica de lesión del sistema nervioso periférico el 5 de mayo de 2012 y se confirmó con el resultado de un EMG/ENG el 28 de mayo de 2012./ Con respecto a lo anterior, debemos considerar que para poder establecer un diagnóstico de certeza de afectación del sistema nervioso periférico (...) es necesario realizar esta última prueba (EMG/ENG), cuyos resultados pueden no ser concluyentes hasta transcurridos al menos dos semanas del inicio de la clínica; por este motivo no se recomienda realizarla con mayor antelación. De esta forma, el hipotético retraso debería entonces cifrarse en 24 días. Pero aun siendo esto así, para estimar `si las consecuencias que para el daño sufrido por la paciente pudiera haber tenido el retraso diagnóstico´ (...), también se ha de considerar que las lesiones traumáticas de las raíces que conforman el plexo lumbosacro no tienen un tratamiento específico. El único que ha mostrado alguna utilidad es la rehabilitación (como así se indicó en esta paciente), habitualmente programada durante un periodo de meses y en cuyo resultado final no influye una demora en su inicio inferior a un mes”.

Concluye que “la demora en poder alcanzar un diagnóstico definitivo no influyó en la situación funcional actual de la paciente”.

21. El día 22 de abril de 2015, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito en el que manifiesta que, “transcurrido más de un año” desde que

fue “evacuado el trámite de audiencia (...), todavía no he recibido resolución alguna”, por lo que solicita que “se proceda a dictar (...) propuesta de resolución en el procedimiento de responsabilidad patrimonial”.

22. El día 22 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe un nuevo informe en el que se ratifica “en las conclusiones del anterior”, añadiendo que “el retraso (...) diagnóstico en la detección de la lesión nerviosa periférica no influye para la evolución del cuadro de la paciente, y que en el momento actual no se dispone de más tratamiento que el conservador y rehabilitador para este tipo de lesiones. Pudiendo concluir que la demora en poder alcanzar un diagnóstico definitivo en este caso no influyó en la situación funcional actual” de la perjudicada.

23. Mediante escrito notificado a la reclamante el 28 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le advierte de la incorporación al expediente de nuevos informes técnicos y le concede un tercer trámite de audiencia.

24. El día 12 de noviembre de 2015, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito en el que manifiesta que, “a la vista de los informes médicos que obran en el expediente, es unánime el criterio médico respecto a que la afectación del plexo lumbar bajo tiene una relación de causa-efecto con la cirugía abdominal que se practicó a la paciente”.

Insiste en las consideraciones ya vertidas acerca del deficiente contenido del documento de consentimiento informado suscrito, y sostiene que “el error en el diagnóstico” de la lesión nerviosa periférica que la paciente sufría -confundida inicialmente con un brote de esclerosis- “ha dado lugar a un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado, lo que implica una pérdida de la oportunidad de una terapia que hubiese conllevado una posibilidad de curación o mejoría o hubiera cambiado la evolución de la clínica y, por ello, la

calidad de vida de (la) paciente. Es evidente que el retraso diagnóstico cercenó cualquier posibilidad de curación (...) y ello ha dado lugar a un daño desproporcionado e irreparable”.

Añade que en el informe suscrito por la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital “X” se “afirma que `la afectación periférica del MII es por una lesión del plexo lumbo-sacro que se pronosticó mal por el tiempo transcurrido´ (...). Así que existe una clara relación causa-efecto entre el retraso en el diagnóstico y las lesiones sufridas por la paciente”. Subraya que en el informe elaborado por el Servicio de Neurología del Hospital “Y” se indica que “la lesión nerviosa periférica no se detectó inmediatamente después de la intervención quirúrgica, por lo que está reconociendo un mal diagnóstico”, pero “niega (...) que ese mal diagnóstico influya en el resultado de las lesiones, fundamentando su opinión en la ausencia de tratamiento para este tipo de lesiones, salvo el conservador y rehabilitador. Sin embargo, él mismo anota bibliografía respecto a la aplicación de otros tratamientos en las lesiones nerviosas de los MI en el contexto de cirugías ginecológicas (...) en casos únicos, con unos resultados muy parciales”. Califica el informe elaborado por el especialista en Neurología como un informe “a medida”, y destaca que en él se afirma que el único tratamiento posible es el rehabilitador que “se programó con un mes de retraso, pero no afecta al resultado”. Sobre este aspecto, señala que “desconocemos desde cuándo se debe aplicar el tratamiento rehabilitador, pero parece lógico pensar que debiera ser antes de que el paciente pierda totalmente la sensibilidad en los miembros inferiores, por lo que un mes no es retraso para afectar a las lesiones y un mes y un día sí o quizá dos meses”. Por último, recuerda que el Inspector de Prestaciones Sanitarias “ratifica las conclusiones de su anterior informe”, y considera que “a la vista de los informes debemos concluir que existió un defectuoso control del servicio que motivó que el diagnóstico y el tratamiento de las secuelas que podía haber tenido la paciente se incrementasen de manera exponencial, lo que pone de relieve una evidente incertidumbre sobre lo que hubiera podido ocurrir si se hubieran

diagnosticado correctamente y a tiempo y se hubieran podido aplicar los tratamientos a tiempo”.

25. Mediante oficio de 17 de noviembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada a la compañía aseguradora una copia de las alegaciones presentadas.

Con fecha 19 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite al Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del expediente completo.

26. El día 30 de noviembre de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Mantiene los fundamentos de su propuesta anterior y añade que todos los informes técnicos incorporados al expediente “tras dictamen del Consejo Consultivo” coinciden en que “el retraso en el diagnóstico en la detección de la lesión nerviosa periférica no influye para la evolución del cuadro y que en el momento actual no se dispone de más tratamiento que el conservador y rehabilitador para este tipo de lesiones. Pudiendo concluir que la demora en poder alcanzar un diagnóstico definitivo en este caso no influyó en la situación funcional actual de la paciente”.

27. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de diciembre de 2015, 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.- 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 19 de abril de 2013, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -la intervención quirúrgica de histerectomía radical- el día 19 de abril del año anterior, por lo que basta acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino*, conforme a su interpretación jurisprudencial, para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo legal.

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, observamos que no consta en el expediente que el órgano instructor haya dado traslado a la reclamante del dictamen de este Consejo Consultivo que motiva la evacuación de los nuevos informes técnicos. La dilación temporal que, inevitablemente, conlleva la emisión de aquellos provoca que la perjudicada se dirija a la Administración para manifestarle que “transcurrido más de un año” desde que fue “evacuado el trámite de audiencia (...), todavía no he recibido resolución alguna”. Tal queja se sustenta en el desconocimiento por parte de aquella de los nuevos términos de la instrucción realizada. Siendo así, resulta razonable que nuestro dictamen hubiera sido objeto de la comunicación correspondiente a la interesada; máxime teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 35.a) de la LRJPAC, que dispone que los ciudadanos tienen derecho a “conocer (...) el estado de la tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados”.

Asimismo, 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 interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios consistentes en una monoparesia de su miembro inferior izquierdo que atribuye a la práctica de una histerectomía.

A este Consejo no le ofrece ninguna duda la realidad de los daños sufridos, que han quedado acreditados con los informes médicos obrantes en el expediente. Resulta probada por tanto la efectividad del daño alegado en los términos que aquella plantea, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la

curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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 ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. Incumbe a la reclamante la carga de probar la existencia de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y en particular que se ha producido una violación de la *lex artis* médica. En este sentido, la interesada aporta el informe elaborado el 2 de abril de 2013 por un especialista en Valoración del Daño Corporal. No acompaña ningún informe elaborado por especialistas en las materias de Neurología o Ginecología, como correspondería al caso que nos ocupa. Dado que en el procedimiento

administrativo que analizamos aquella no ejercita de forma completa el derecho que la ley le confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción con base en los informes técnico-médicos que obran en el expediente.

Así las cosas, y aplicando lo razonado al supuesto examinado, nos encontramos con que la reclamante, diagnosticada de "adenocarcinoma de endometrio" y con antecedentes de esclerosis múltiple, es intervenida el día 19 de abril de 2012 en la Fundación Hospital 'X', donde se le practica una "laparotomía media infraumbilical". Durante el posoperatorio presenta un cuadro de monoparesia de su miembro inferior izquierdo que inicialmente es diagnosticado como un brote de la esclerosis múltiple que padecía. Posteriormente se confirma que la causa de la parálisis es la afectación del "nervio ciático poplíteo" izquierdo y recibe tratamiento rehabilitador prolongado, pero la paresia persiste y el pronóstico funcional es malo.

La perjudicada considera que "se puede establecer una relación causa-efecto entre la intervención quirúrgica, las lesiones ocasionadas (...) y las secuelas resultantes". El contenido de los informes técnicos obrantes en el expediente no deja lugar a dudas acerca la veracidad de tal afirmación. Así, el informe pericial emitido a su instancia señala, sobre "la lesión de las raíces lumbosacras", que "se puede establecer una relación causa-efecto entre la intervención quirúrgica, las lesiones ocasionadas (...) y las secuelas resultantes basándose tanto en la evidencia clínica (...) como en el cumplimiento de los criterios de causalidad". El informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital "X" indica que, "teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal parece haber una relación causa-efecto". Igualmente, el informe técnico de evaluación concluye que la monoparesia del miembro inferior izquierdo que padece la reclamante está "probablemente en relación con la manipulación del espacio retroperitoneal a causa de la amplia cirugía abdominal a que fue sometida". Por último, el especialista en Neurología manifiesta que la paciente "sufrió una

lesión en las raíces nerviosas del plexo lumbosacro que conforman el nervio ciático mayor de la pierna izquierda (...). Es muy probable que esta lesión se produjera en el transcurso de la intervención quirúrgica (...) necesaria para poder extraer la totalidad del tumor y los tejidos y ganglios próximos con posible infiltración, dado que el útero y sus anejos se sitúan en el espacio retroperitoneal en estrecha relación anatómica con el plexo lumbosacro”.

Visto lo señalado, este Consejo considera acreditada la relación entre la intervención quirúrgica a la que fue sometida la perjudicada y la lesión del nervio ciático poplíteo que esta sufre. No obstante, sobre este aspecto, los informes técnicos evacuados manifiestan que la posibilidad de tal lesión constituye uno de los riesgos típicos de la operación recogidos en el correspondiente documento de consentimiento informado. Efectivamente, entre la documentación remitida consta un documento de consentimiento informado para la realización de histerectomía radical, firmado por la paciente el 4 de abril de 2012, en el que figura como indicación quirúrgica “adenoca. de endometrio” y donde se explica que la intervención consiste en la “extirpación del útero”. En él se relacionan las “complicaciones específicas de la intervención quirúrgica por orden de frecuencia”, ocupando las “lesiones vasculares y neurológicas” el último lugar de las que se citan. A tal efecto, el informe del Servicio de Neurología del Hospital “Y” señala que “las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico de una neoplasia como la que tenía la paciente”. Del mismo modo, el informe técnico de evaluación manifiesta que “las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico (...) y figuran descritas como complicaciones específicas en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente”. También el informe evacuado a instancias de la compañía aseguradora señala que “esta es una complicación infrecuente pero posible, y como tal está reflejada en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención”.

Sin embargo, la reclamante considera que “los formularios firmados (...) no reúnen los requisitos exigidos para que puedan ser considerados como

documentos (que) faciliten al paciente una información que contenga los datos y elementos adecuados al objeto de poder tomar una decisión trascendente./ Si bien es cierto que recoge posibles lesiones vasculares y neurológicas (sin ninguna especificación ni concreción anatómica y se consideran además las menos frecuentes), la generalidad y falta de datos concretos sirve para justificar cualquier daño quirúrgico (...). Si a la reclamante le hubieran informado de que existía la posibilidad de que tras realizarse la intervención quirúrgica pudiera quedar postrada en una silla de ruedas para toda su vida no hubiera prestado su consentimiento”.

El artículo 3 de 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, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. Para que el consentimiento informado sea capaz de cumplir su finalidad la información ofrecida debe ser “adecuada” y, por tanto, suficiente. Frente a lo indicado por la reclamante, que entiende que el documento de consentimiento informado constituía un “mero formulario”, consideramos que aquel contiene todos los requisitos exigidos por el artículo 10 de la citada Ley 41/2002. Además, la inclusión entre las complicaciones específicas de la intervención de las “lesiones (...) neurológicas” es bastante para entender comprendida en ella la afección del nervio ciático que, de forma desgraciada, se produjo. Estimamos que no es necesario que el documento de consentimiento informado descienda a relacionar todos y cada uno de los elementos del sistema nervioso que podrían verse afectados por la operación. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000 -ECLI:ES:TS:2000:2750-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª, señala que “el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No

cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo". Considera que resulta preciso "interpretar en términos razonables" este deber legal, puesto que su aplicación rígida "dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-".

A la vista ello consideramos correcto el contenido del documento de consentimiento informado obrante en el expediente, por lo que no apreciamos infracción de la *lex artis* en este extremo.

Más allá de los aspectos expuestos, este Consejo Consultivo, de acuerdo con las alegaciones formuladas por la reclamante, manifestó en su Dictamen Núm. 251/2014 sus dudas acerca de la posibilidad de que el retraso en la detección de la lesión nerviosa periférica que sufre la perjudicada -inicialmente diagnosticada y tratada como un brote de esclerosis múltiple- guardara alguna relación con la mala evolución de su cuadro. A tal efecto, consideró necesaria la emisión de informes técnicos sobre este extremo. Recabados los informes, todos ellos coinciden en señalar que el retraso en el diagnóstico definitivo no influyó en la situación funcional actual de la reclamante. Así, la Jefa de la Sección de Neurología del Hospital "X" manifiesta que "el retraso en el diagnóstico no influye para la evolución del cuadro". Por su parte, el Servicio de Neurología de la Fundación Hospital "Y" informa que "la ausencia de detección de la lesión nerviosa periférica con carácter inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica no influye en el resultado de la paresia y alteración de la sensibilidad, ya que en el momento actual no se dispone de más tratamiento que el conservador y rehabilitador para este tipo de lesiones, que fue el que se pautó a esta paciente". Igualmente, el informe técnico de evaluación reseña que "el retraso (...) diagnóstico en la detección de la lesión nerviosa periférica no influye para la evolución del cuadro de la paciente, y que en el momento

actual no se dispone de más tratamiento que el conservador y rehabilitador para este tipo de lesiones. Pudiendo concluir que la demora en poder alcanzar un diagnóstico definitivo en este caso no influyó en la situación funcional actual” de la perjudicada. El informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración añade que el “hipotético retraso” diagnóstico “debe cuantificarse en 38 días. La paciente manifestó los primeros síntomas el día 20 de abril de 2012, se realizó la primera sospecha diagnóstica de lesión del sistema nervioso periférico el 5 de mayo de 2012 y se confirmó con el resultado de un EMG/ENG el 28 de mayo de 2012./ Con respecto a lo anterior, debemos considerar que para poder establecer un diagnóstico de certeza de afectación del sistema nervioso periférico (...) es necesario realizar esta última prueba (EMG/ENG), cuyos resultados pueden no ser concluyentes hasta transcurridos al menos dos semanas del inicio de la clínica; por este motivo no se recomienda realizarla con mayor antelación. De esta forma, el hipotético retraso debería entonces cifrarse en 24 días. Pero, aun siendo esto así, para estimar (...) `las consecuencias que para el daño sufrido por la paciente pudiera haber tenido el retraso diagnóstico´ (...), también se ha de considerar que las lesiones traumáticas de las raíces que conforman el plexo lumbosacro no tienen un tratamiento específico. El único que ha mostrado alguna utilidad es la rehabilitación (como así se indicó en esta paciente) habitualmente programada durante un periodo de meses y en cuyo resultado final no influye una demora en su inicio inferior a un mes”. Por ello, concluye que “la demora en poder alcanzar un diagnóstico definitivo no influyó en la situación funcional actual de la paciente”.

A pesar de la claridad del contenido de los informes emitidos, la reclamante presenta un escrito durante el trámite de audiencia en el que sostiene que “el error en el diagnóstico” de la lesión nerviosa periférica “ha dado lugar a un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado, lo que implica una pérdida de la oportunidad de una terapia que hubiese conllevado una posibilidad de curación o mejoría o hubiera cambiado la evolución de la

clínica y por ello la calidad de vida de (la) paciente. Es evidente que el retraso en el diagnóstico cercenó cualquier posibilidad de curación (...), y ello ha dado lugar a un daño desproporcionado e irreparable". Considera que el propio informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital "Y" "anota bibliografía respecto a la aplicación de otros tratamientos en las lesiones nerviosas de los MI en el contexto de cirugías ginecológicas", y califica el informe pericial realizado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración como un informe "a medida". Añade que "desconocemos desde cuándo se debe aplicar el tratamiento rehabilitador, pero parece lógico pensar que debiera ser antes de que el paciente pierda totalmente la sensibilidad en los miembros inferiores, por lo que un mes no es retraso para afectar a las lesiones y un mes y un día sí o quizá dos meses".

En cuanto a la posible existencia de otros tratamientos contenida en el informe evacuado por el Servicio de Neurología del Hospital "Y", a la que se refiere la interesada, debemos recordar que el propio informe explica que aquella "se limita a la publicación de casos únicos en pacientes con lesiones de nervios aislados, con unos resultados siempre muy parciales".

Sobre la calificación de "a medida" del informe pericial de la compañía aseguradora y la aseveración de la perjudicada de que la rehabilitación debía haberse iniciado "antes de que el paciente pierda totalmente la sensibilidad", debemos señalar que ambas constituyen afirmaciones gratuitas que no se sustentan en ningún criterio técnico más allá de las propias manifestaciones de la interesada. En este sentido, hemos de recordar que este Consejo no dispone de más elementos técnicos de juicio que aquellos que obran en el expediente, de los cuales no se puede inferir la veracidad de tales declaraciones, ni, por tanto, concluir que el retraso en el diagnóstico definitivo influyese en la situación funcional actual de la perjudicada.

A la vista de ello, este Consejo considera que no cabe deducir que en la asistencia sanitaria prestada a la interesada se haya producido violación alguna

de la *lex artis*, por lo que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en relación con los daños alegados.

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.