

Expediente Núm. 251/2016
Dictamen Núm. 269/2016

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 17 de noviembre 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 29 de septiembre de 2016 -registrada de entrada el día 6 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del retraso diagnóstico de una perforación intestinal producida en el curso de una salpinguectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de septiembre de 2015, la perjudicada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de una intervención quirúrgica de salpinguectomía bilateral.

Refiere que el día 8 de octubre de 2013 ingresó en el Hospital, a cargo del Servicio de Ginecología, para someterse a una “salpinguectomía bilateral por hidrosalpinx con adherencias”, siendo dada de alta “a las 6 horas, aproximadamente”. Al día siguiente, cuando habían transcurrido “24 horas de la

cirugía”, acudió al Servicio de Urgencias del mismo hospital “por dolor abdominal intenso, fiebre de 38 °C, distensión abdominal y defensa abdominal con signo de Blumberg positivo”. Indica que allí se le realizó una “ecografía transvaginal, siendo informada de `cuña de líquido libre en Douglas de aproximadamente 30 mm´. La analítica de urgencia evidencia una leucopenia (...), neutrofilia (...), linfopenia (...) y PCR elevada”, quedando “en observación en la zona de Urgencias con supervisión del Servicio de Ginecología”.

Reseña que “el día 10-10-2013 (48 horas de la cirugía) desde la zona de Urgencias se solicita por el Servicio de Ginecología nuevo estudio analítico de control, existiendo un empeoramiento de los parámetros iniciales (leucocitos, linfocitos, neutrófilos y PCR). Se toma la decisión de solicitar interconsulta al Servicio de Cirugía General y Digestiva”, ingresando en este Servicio “en torno al mediodía del día 10-10-2013 para valoración quirúrgica por peritonitis. Se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro (...); se solicita ecografía abdominal (11-10-2013) y TAC abdominal con contraste (11-10-2013) urgentes, que es informado de neumoperitoneo y peritonitis”.

Señala que “el 23-10-2013 se procede a relaparotomía abdominal por cuadro suboclusivo intestinal, peritonitis fecaloide”, y que ese mismo día ingresa “en el Servicio de Medicina Intensiva por `cuadro abdominal complejo´ con derrame pleural bilateral, atelectasia pasiva bilateral y neumoperitoneo, siendo alta el 28-10-2013”. Este mismo día reingresa en el Servicio de Cirugía General y Digestivo, “siendo el alta hospitalaria el día 08-11-2013”, y con fecha 19 de enero de 2015 vuelve a ingresar en aquel Servicio “para reversión de colostomía y reconstrucción del tránsito intestinal, siendo el posoperatorio sin complicaciones y procediendo al alta hospitalaria el día 27-01-2015”. Tras consulta “en la Unidad de Colon” el día 4 de febrero de 2015, recibe el “alta definitiva”.

Significa que a causa de las intervenciones le han quedado como secuelas diversas cicatrices en cara anterior de la pared abdominal, en cara anterior de hombro derecho, en cara lateral derecha del cuello y en costado izquierdo -descritas en el informe pericial que adjunta a su reclamación- que le causan un perjuicio estético moderado evaluable en 7 puntos. Reclama,

asimismo, los daños correspondientes al “periodo de sanidad” o “comprendido entre el día de la intervención quirúrgica el día 08-10-2013 y el de la retirada de los puntos de sutura tras la reversión de la colostomía y restauración del tránsito intestinal el día 04-02-2015. Resultando un total de 484 días, de los que fueron de hospitalización 40 días (32 + 8) y 444 días impeditivos al portar una bolsa de colostomía y tener puntos de sutura, no pudiendo realizar con normalidad las actividades de la vida de diario”.

Manifiesta que, “según determina el médico informante (...), hubo pérdida de oportunidad al no haber actuado conforme a la *lex artis ad hoc* (mala práctica asistencial) por los siguientes motivos:/ a. Por no haber dejado a la paciente en observación durante 24 horas tras la cirugía laparoscópica (se derivó a su domicilio a las 8 horas)./ b. Por no haber diagnosticado un abdomen agudo cuando los síntomas y signos que presentaba (...) a su ingreso en Urgencias eran inexcusablemente evidentes./ c. Por no haber medido la temperatura vaginal y la temperatura axilar para determinar el gradiente de temperatura (diferencia de temperatura en más de 10 °C), ya sea a favor de la temperatura central o interna (vaginal), lo que sugeriría infección en la cavidad abdominal o a favor de la temperatura periférica (axilar), lo que indicaría infección en otra localización./ d. Por no haber solicitado la interconsulta con el Servicio de Cirugía General y Digestivo desde el mismo momento de atender a la paciente. Hecho que se produjo a las 38 horas del ingreso./ e. Por no haber realizado de urgencia pruebas complementarias que determinasen la etiología del abdomen agudo y la localización, como por ejemplo una Rx simple de abdomen para establecer la existencia de aire en cavidad abdominal, una ecografía abdominal que manifestara colecciones líquidas en abdomen o un TAC sin contraste, etc. Pruebas que se hicieron a las 72 horas del ingreso hospitalario./ f. Por el retraso en la administración de tratamiento antibiótico. Desde la intervención quirúrgica se tardó 42 horas en prescribir el primer tratamiento antibiótico, y desde el ingreso en Urgencias 20 horas, tiempo más que suficiente para que las bacterias tuviesen ‘un caldo de cultivo idóneo en la cavidad abdominal’ para su reproducción, apareciendo una peritonitis fecaloide con derrame pleural que requirió de cirugía laparoscópica, recirugía e ingreso

en UCI por agravación de un cuadro de perforación intestinal complicado con peritonitis, anemia, shock séptico, derrame pleural y atelectasia pasiva”.

Por los perjuicios sufridos solicita una indemnización de treinta y ocho mil cuatrocientos setenta y un euros con ochenta y cinco céntimos (38.471,85 €).

Adjunta copia de las declaraciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondientes a los ejercicios 2013 y 2014 y de la historia clínica relacionada con el proceso asistencial por el que reclama, junto con un informe pericial privado, emitido por un especialista en Valoración Médica del Daño Corporal, Incapacidades Laborales y Minusvalías el día 16 de abril de 2015, en el que se recogen tanto la evaluación de las secuelas como conclusiones relativas a la valoración asistencial referidas por la perjudicada en el escrito de reclamación, y además las siguientes: tras la cirugía no se efectuó la pertinente exploración de la cavidad pelviana “con la suficiente diligencia, pasando desapercibida la rotura del sigma”; la anamnesis al ingreso en Urgencias el día 9 de octubre de 2013 fue “incompleta, pues en la exploración abdominal realizada el día 09-10-2013 no se recoge si la paciente tiene distensión abdominal, peristalsis intestinal, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno capilar, temperatura vaginal, etc.”; la leucopenia, linfopenia, desviación izquierda de la fórmula leucocitaria y una proteína C reactiva elevada ponían “de manifiesto la existencia de un proceso infeccioso e inflamatorio agudo” y, sin embargo, “estos datos, junto con otros marcadores infecciosos, no fueron tenidos en cuenta con la suficiente diligencia para proceder a instaurar un tratamiento antibiótico de amplio espectro que aplacara la virulencia de la infección (...). Si se hubiera recogido en la historia de Urgencias las constantes vitales, frecuencia cardíaca y oximetría capilar hubiesen sido de mucho interés para en conjunto con la cifra de tensión arterial determinar la existencia de un cuadro clínico de shock o pre-shock séptico”.

2. Mediante oficio de 3 de noviembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica relativa

al proceso de referencia y un informe del Servicio de Ginecología sobre el concreto contenido de la reclamación presentada.

3. Con fecha 9 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y el plazo máximo de tramitación del procedimiento, con referencia a los efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 26 de noviembre de 2015, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor la historia clínica de la paciente obrante en el Hospital relativa al proceso al que la reclamación se refiere, junto con el informe elaborado por el Servicio de Ginecología y Obstetricia el día 10 de diciembre de 2013. En él refiere que antes de la intervención la paciente firmó "en consulta" el documento de consentimiento informado "en el que, entre otras cosas, se informa de que el riesgo de posibles complicaciones tiene que ver con las condiciones propias de cada paciente./ Previamente a la intervención se comprobó la existencia de una cicatriz de laparotomía en el abdomen de la paciente. Esta nunca había referido haber tenido intervenciones previas al ser interrogada acerca de sus antecedentes en diferentes consultas. Al ser preguntada por el origen de la cicatriz reconoció que, efectivamente, había sido operada en su país de origen, pero ignoraba el motivo en qué había consistido la intervención./ Al inicio de la laparoscopia se lleva a cabo una exploración de la cavidad abdominal, visualizándose firmes adherencias del sigma y del epiplón al área de la laparotomía previa que impiden el acceso al hidrosalpinx, por lo que es precisa una disección de esas adherencias para realizar la salpinguectomía, que también está dificultada por adherencias de la trompa a ovario, útero y pared pélvica, probablemente debidas a un proceso inflamatorio previo. A pesar de la gran dificultad de la intervención debida a lo descrito no se objetivó, por supuesto, ninguna lesión intestinal, por lo que se dio por finalizada una vez realizada la salpinguectomía bilateral. El posoperatorio

inmediato fue satisfactorio, por lo que se dio de alta el mismo día./ Al día siguiente (09-10-2013) por la mañana se lleva a cabo el seguimiento telefónico desde la Unidad de Cirugía sin Ingreso, manifestando la paciente encontrarse bien, sin dolor y sin fiebre./ A las 20:30 h de ese mismo día acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal y fiebre de unas horas de evolución, siendo valorada y decidiéndose ingreso en boxes de observación, puesto que ni la exploración, la analítica ni la ecografía sugerían un cuadro severo./ La paciente es valorada nuevamente en la mañana siguiente (10-10-2013) y se decide ingreso hospitalario al encontrarse distensión abdominal y discreto empeoramiento analítico. Se pauta tratamiento antibiótico de amplio espectro ante la sospecha de peritonitis infecciosa; sospecha debida a su cuadro clínico, los hallazgos quirúrgicos y los antecedentes infecciosos (...). Vuelve a ser valorada a las 21 h de ese mismo día, sin encontrar signos que sugieran patología severa. La hoja de enfermería del turno de esa noche refleja igualmente la ausencia de incidencias./ Al día siguiente (11-10-2013) por la mañana la paciente empeora, presentando dolor y distensión abdominal; se llevan a cabo nuevos estudios analíticos, incluyendo determinación de procalcitonina, ecografía y TAC urgente. Ante la sospecha de peritonitis y neumoperitoneo, a las 15 h se indica laparotomía, en la cual se aprecia una perforación de sigma y se realiza colostomía en asa a nivel de la perforación. Posteriormente se relaparotomiza (23-10-2013) debido a una complicación infecciosa, decidiéndose tras la cirugía ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva debido a la complejidad del caso. Es alta en este Servicio el 28-10-2013 ante su buena evolución, y es alta hospitalaria el 08-11-2013 en buen estado general. Valorada el 29-11-2013 en la Unidad de Colon está pendiente de estudio para realizar cierre de estoma./ Lamentamos mucho las complicaciones que ha sufrido (...), pero estas no han sido en ningún caso debidas a una inadecuada asistencia./ En relación al texto de la reclamación, queremos puntualizar que se realizan dos manifestaciones falsas, no sabemos si intencionadamente:/ En primer lugar, no se trataba de una `simple salpinguectomía´ como se dice, sino de una intervención muy compleja debido a lo anteriormente referido y cuya complejidad no podía preverse, entre otras

cosas, porque la paciente omitió en las diversas entrevistas clínicas el dato de haber sido intervenida anteriormente, incumpliendo su deber legal de `facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera´ -Ley 41/2002 (...)-./ En segundo lugar, es falso que se haya demorado tres días el diagnóstico, puesto que desde el ingreso en Urgencias hasta la indicación de la laparotomía transcurrieron menos de 48 horas, habiéndose llevado a cabo los procedimientos diagnósticos adecuados en cada momento y decidiéndose intervenir cuando se tuvieron los datos precisos para tomar la decisión”, precisando que “una laparotomía no se puede indicar a la ligera”.

5. Mediante oficio de 16 de febrero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada el expediente completo a la correduría de seguros “a fin de que se recabe e incorpore al mismo el dictamen pericial de la compañía aseguradora”.

6. Con fecha 1 de junio de 2016, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el expediente administrativo, al haberse interpuesto por la interesada recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Consta en el expediente que el 7 de ese mismo mes se da cumplimiento al citado requerimiento.

7. El día 22 de junio de 2016, se recibe en la Consejería instructora el informe médico pericial suscrito con fecha 11 de marzo de 2016 por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica a instancias de la compañía aseguradora. En él explica que “el procedimiento de salpinguectomía se suele realizar en régimen de cirugía ambulatoria”, siendo la laparoscopia “el método de uso más frecuente”. Refiere que “en las Unidades de Cirugía Sin Ingreso se realizan los procesos tributarios de intervención quirúrgica realizada con anestesia general, local, regional o sedación cuyos pacientes requieren cuidados posoperatorios poco intensivos y de corta duración, no precisando el

ingreso hospitalario, por lo que podrán ser dados de alta pocas horas después del procedimiento. Es una modalidad de prestación de servicios de alta calidad y seguridad, dado que busca la confortabilidad del paciente durante todo el procedimiento, distorsiona muy poco la vida y el entorno” de este, “mejora la relación entre el equipo facultativo” y él e “implica una alta cualificación profesional e importante eficiencia organizativa”. Puntualiza, en cuanto a los criterios de alta en las Unidades de Cirugía sin Ingreso, que estas “disponen de unos criterios estrictos, los criterios de Chung o de Aldrete modificados”, los cuales “valoran las constantes vitales, la deambulacion, las náuseas y vómitos, el dolor, el estado de la herida operatoria, la micción espontánea y la reanudación de la ingesta, permiten analizar el estado real del paciente, siendo un elemento imprescindible desde el punto de vista clínico y legal para proceder al alta”.

En cuanto a las adherencias pélvicas, refiere que pueden tenerlas quienes “hayan tenido inflamación pélvica inflamatoria (...). También los estados de apendicitis agudas complicadas, infecciones, inflamaciones del abdomen, la endometriosis y las intervenciones anteriores”.

Respecto a las complicaciones de la cirugía laparoscópica, explica que “por la técnica quirúrgica debida a la introducción del instrumental puede haber lesiones vasculares, de víscera hueca (intestino delgado, grueso, vejiga) y de víscera maciza (hígado, bazo)./ En el curso de la disección se puede lesionar cualquier órgano hueco o macizo y vasos más o menos importantes”. Más concretamente, y en cuanto a las perforaciones intestinales en el curso de las laparoscopias, significa que “son poco frecuentes, pero pueden ocurrir incluso en manos expertas. A menudo entre un 40 y un 50% la perforación puede pasar inadvertida y se muestra en el posoperatorio de forma solapada como íleo paralítico, fiebre o incluso estados de sepsis, sin que la clínica de peritonismo abdominal sea aparente y consecuentemente de difícil diagnóstico. Así, en cualquier caso de evolución desfavorable después de las 48-72 horas del posoperatorio es necesario sospechar la complicación y recurrir a exploraciones como la ecografía o el TAC para valorar entre otros signos la presencia de líquido intraabdominal libre./ Las causas principales que provocan una lesión

intestinal por el trócar son un neumoperitoneo insuficiente y la existencia de adherencias. Las lesiones relacionadas con la inserción de una cánula se deben al trócar afilado que se usa para penetrar la pared abdominal y permitir la introducción de la cánula en la cavidad peritoneal, con ausencia del beneficio de la visión. La incidencia de lesión visceral por la inserción del trócar varía del 0,16 al 0,18% de las laparoscopias”. Detalla que “una perforación intestinal puede producirse en dos momentos quirúrgicos: cuando se hacen las puertas de entradas para la introducción del instrumental y durante la disección quirúrgica. En cualquiera de los dos momentos puede pasar desapercibida si no sale contenido intestinal. La mayoría de las veces pasa desapercibida una lesión intestinal (40-50%) que se manifiesta después en el posoperatorio./ Hay dos tipos de lesiones incompletas que posteriormente se perforan en el posoperatorio: laceraciones de la serosa o capa externa del intestino que con el íleo posoperatorio al aumentar la presión se perfora y la apertura posterior de una escara causada por el bisturí eléctrico”.

Indica que la irritación peritoneal “se produce por tener dentro del abdomen alguna causa que produzca irritación, estas son: sangre, infección (pus), perforación de víscera (aire) o gran cantidad de bilis. Siempre se diagnostica por un TAC, siendo muy sensible a esta prueba radiológica. Cuando la irritación es debida a estas causas, fundamentalmente la infección y la perforación, la exploración clínica abdominal es muy llamativa, la pared abdominal se encuentra con una `dureza´ especial a la palpación manual, es lo que se denomina `abdomen en tabla´./ La mayoría de las veces la exploración de un paciente recién operado, que tiene heridas quirúrgicas, y con más motivo si ha tenido distensión peritoneal por el gas en el caso de la laparoscopia, la irritación peritoneal es dudosa o leve. En todo caso hay una respuesta de cada paciente, que depende de la edad, constitución de los músculos abdominales y respuesta específica del individuo”.

Refiere que “de forma prácticamente constante después de la cirugía, especialmente si es abdominal, se produce un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal de todo o parte del tubo digestivo. En la mayoría de los casos el íleo paralítico posoperatorio no reviste

gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días. Pero en algunas circunstancias el fracaso propulsivo puede prolongarse tanto que provoque un cuadro clínico tan peligroso como las obstrucciones de causa mecánica. Si a las 48-72 horas no se ha resuelto hay que hacer el diagnóstico diferencial con complicaciones intra-abdominales posquirúrgicas mediante estudio de imagen como el TAC”.

Señala que el “neumoperitoneo (aire libre intraperitoneal) aparece siempre después de una laparoscopia durante unos días como aire residual; por este motivo, en una exploración radiológica en el posoperatorio inmediato vamos a encontrar siempre aire libre, debiendo descartar que este no proceda del aire intestinal en el caso de una perforación, lo cual no siempre es fácil”.

Por lo que se refiere a las “reintervenciones en cirugía”, afirma que su incidencia “está alrededor del 0,5 al 15% de todas las intervenciones de abdomen que se realizan en un hospital. El porcentaje de reintervenciones es aproximadamente el 2,5% de las intervenciones iniciales. Las reintervenciones por peritonitis es la causa fundamental, contribuyendo a la aparición de complicaciones intra y posoperatorias. La mortalidad, contemplando todas las edades, es del 33,3% en pacientes tratados por complicaciones intra-abdominales”.

Refiere que a la llegada de la paciente al Servicio de Urgencias “tenía criterios de complicación abdominal posoperatoria por la fiebre, la analítica y el dolor, aunque (en) la exploración clínica abdominal no había signos de peritonitis. Se considera que la actitud expectativa es correcta dejándola en observación, ya que ante una intervención séptica (piosalpinx), íleo intestinal posoperatorio reactivo, el neumoperitoneo que tiene todo paciente que se le ha realizado una cirugía laparoscópica reciente y la imagen ecográfica de mínima ocupación de fondo de saco del Douglas son normales después de una cirugía laparoscópica. La diferencia de temperatura axilar y vaginal no es un método utilizado en la clínica por los falsos positivos, y aunque en este caso hubiera habido un gradiente se hubiera mantenido el diagnóstico de absceso abdominal posoperatorio, habiéndose hecho el mismo tratamiento”.

Finalmente, concluye que “la salpinguectomía bilateral en esta paciente es correcta (...). Es correcto hacer este procedimiento en régimen de cirugía sin ingreso (...). Se dio el alta a la paciente correctamente sin ninguna sintomatología, ajustándose a protocolo (...). Acude a Urgencias con criterios de complicación abdominal, pero por la cirugía séptica practicada fue correcto dejarla en observación con la sospecha de infección abdominal posoperatoria de posible origen tubárico (...). En una radiografía simple de abdomen o cualquier estudio de imagen que se fuera buscando aire libre hubiera podido dar un falso positivo, ya que en el posoperatorio después de una cirugía laparoscópica existe aire libre intraabdominal (...). El gradiente de temperatura axilo-vaginal es de poco uso en la clínica y en este caso no hubiera dado datos para desestimar el diagnóstico y proceder inicial (...). Siguiendo con el proceso de observación se pautan antibióticos, los antibióticos pautados más precozmente no hubieran cambiado la evolución (...). Ante el empeoramiento de la paciente por peritonitis generalizada” fueron correctas “las exploraciones radiológicas y la intervención urgente (...). Fue correcto el tratamiento quirúrgico realizando colostomía con exteriorización (de) la lesión (...). La evolución posoperatoria transcurre con las complicaciones típicas de las peritonitis fecaloideas, las cuales están descritas con alta morbi-mortalidad, son inevitables, casuales e impredecibles (...). Todas las complicaciones se resolvieron correctamente, así como el restablecimiento del tránsito intestinal (...). A la vista de los documentos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente, ajustándose a la *lex artis ad hoc*”.

8. Con fecha 14 de junio de 2016, un gabinete jurídico privado, a instancias de la compañía aseguradora, libra un informe en el que concluye que “la actuación del equipo médico del Servicio de Salud del Principado de Asturias ha sido conforme a la *lex artis*. La salpinguectomía bilateral estaba indicada y se realizó correctamente, sin que pudiera evitarse la aparición de complicaciones que fueron diagnosticadas y tratadas correctamente./ Tampoco existe

antijuridicidad en el daño, ya que la paciente firmó los correspondientes documentos de consentimiento informado. No es aplicable la doctrina de la pérdida de oportunidad". Por ello, entiende que "procede rechazar la reclamación".

9. Mediante escrito notificado a la interesada el 4 de julio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 7 de julio de 2016 se persona en las dependencias administrativas quien acredita ser representante de la reclamante y retira una copia del expediente administrativo completo.

10. El día 20 de julio de 2016, la perjudicada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que manifiesta que el procedimiento "debe ser paralizado en atención a que esta parte ha formulado recurso contencioso-administrativo ante la denegación de la solicitud por silencio". No obstante, afirma que "nos mantenemos en la reclamación efectuada porque el informe pericial aportado por la compañía de seguros únicamente se basa en analizar el error médico y nuestra reclamación se basa en la pérdida de oportunidad; razón por la que no puede ser tenido en cuenta el informe emitido por la compañía de seguros, debiendo darse plena validez al aportado por esta parte".

11. Con fecha 15 de septiembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en la que señala que "la asistencia prestada (...) fue acorde con la *lex artis*. La peritonitis sufrida por la perforación intestinal (favorecida por la existencia de adherencias peritoneales debidas a cirugías previas) constituyó la materialización de un riesgo típico de este tipo de procedimientos que la paciente conocía y asumió al firmar el documento de consentimiento informado, donde se describe la posibilidad de esta complicación, y (...) una vez detectada se pusieron todos los medios posibles para solucionarla, como así ocurrió. Tampoco ha existido una

pérdida de oportunidad como alega la reclamante, ya que tras la primera intervención la paciente se encontraba asintomática, por lo que el alta fue dada de forma correcta. No ha existido retraso diagnóstico, ya que los datos clínicos y analíticos no eran sugestivos de peritonitis; no obstante, dado el antecedente quirúrgico, se decidió mantenerla en observación, procediéndose a intervenirla en menos de 48 horas tras el ingreso cuando se tuvo la certeza diagnóstica. Tampoco el gradiente temperatura axilar/temperatura vaginal tiene utilidad clínica en estos casos. Dada la existencia de gas en la cavidad abdominal (introducido en las laparotomías para mejorar la visión del campo operatorio), las pruebas de imagen simple carecían de utilidad y el `retraso` alegado en otras pruebas de imagen no tuvo ninguna influencia en la evolución del proceso. Los antibióticos se administraron cuando se llegó al diagnóstico cierto de peritonitis (de todo modos hay que tener en cuenta que este tratamiento no es curativo, sino para evitar el empeoramiento, siendo definitivo el tratamiento quirúrgico, como así se hizo)./ Visto lo anterior, no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados, por lo que no se dan los requisitos exigidos en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992”, y propone “desestimar la reclamación”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de septiembre de 2016, 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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada presentada en una oficina de correos el día 21 de septiembre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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 21 de septiembre de 2015, habiendo tenido lugar la curación el día 4 de febrero de 2015 -fecha en la que se da a la perjudicada el alta definitiva tras la cirugía de reversión de la colostomía-, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Ahora bien, por lo que se refiere al informe de los servicios implicados, constatamos que el obrante en el expediente se emitió, no a raíz de la presentación de la reclamación, sino en respuesta a una queja anterior formulada por la paciente en relación con el mismo proceso que no consta entre la documentación que analizamos. En la medida en que la reclamación que da inicio al procedimiento en curso parece contener imputaciones distintas a las que da contestación el informe incorporado al expediente, debería haberse elaborado un nuevo informe por parte del Servicio de Tocoginecología en el que se analizasen las alegaciones vertidas en aquella. En otras circunstancias

procedería retrotraer el procedimiento al objeto de incorporar un nuevo informe del servicio responsable; sin embargo, teniendo en cuenta los datos obrantes en la historia clínica y los informes recabados en el curso de la instrucción -que analizaremos en la consideración sexta-, entendemos que tal retroacción no es necesaria, pues resulta razonable suponer que de incorporarse al expediente el informe señalado no se verían alterados los datos en virtud de los cuales hemos de alcanzar nuestro dictamen.

Por otro lado, constatamos la ausencia del informe técnico de evaluación, documento que habitualmente venía incorporando la Consejería instructora a los expedientes de reclamación de responsabilidad patrimonial. Si bien tal informe no resulta preceptivo, este Consejo considera que su falta empobrece el análisis de las materias propias de la ciencia médica que se cuestionan por los interesados.

Finalmente, 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. Frente a lo señalado por el representante de la perjudicada en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia, ni esta circunstancia ni el hecho de que frente a la resolución presunta desestimatoria se haya interpuesto recurso contencioso-administrativo impiden la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC y 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder sin más por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable

económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La reclamante funda su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, a la que imputa el diagnóstico tardío, con la consiguiente pérdida de oportunidad, de una perforación intestinal producida en el curso de una cirugía de salpinguectomía bilateral.

Hemos de comenzar por señalar que, pese a que se trata de una reclamación que tiene por fundamento la imputación al servicio público sanitario de una pérdida de oportunidad terapéutica, los perjuicios cuya indemnización se solicita (días de curación y secuelas estéticas) no se corresponden con los propios de las reclamaciones de esta naturaleza, en las que el daño resarcible no es el material correspondiente al resultado lesivo, sino otro bien distinto, de carácter moral, ocasionado por la privación de ciertas expectativas de curación o de un curso más favorable de la enfermedad que podrían haberse materializado si la asistencia prestada hubiera sido distinta.

Sin perjuicio de lo anterior, y por lo que a la efectividad de los daños alegados se refiere, hemos de poner de manifiesto que los documentos que integran la historia clínica de la paciente evidencian que para el tratamiento de la perforación intestinal y sus consecuencias permaneció hospitalizada desde el 9 de octubre al 8 de noviembre de 2013 y desde el 19 al 27 de enero de 2015, esto es, un total de 40 días; asimismo, cabe razonablemente inferir que las intervenciones practicadas habrán dejado a la interesada marcas cicatriciales, por más que su entidad y trascendencia estética no resulten de aquella. Sin embargo, no existe ningún indicio en la historia clínica, ni ha llegado la perjudicada a acreditar de forma indubitada por otro medio, que haya estado realmente impedida para realizar las actividades de la vida diaria durante 444 días.

En cualquier caso, 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 guarda relación inmediata y directa con el funcionamiento del servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tratándose de una reclamación articulada sobre una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica por retraso diagnóstico, corresponde a la perjudicada la carga de probar, al menos como hipótesis posible, que en el caso de una más precoz diagnosis habría variado el curso de la enfermedad o sus posibilidades tratamiento.

Tal prueba, sin embargo, no se ha aportado en el caso que analizamos. El informe pericial que aquella adjunta a su escrito de reclamación se limita a enunciar que se ha producido una pérdida oportunidad, pero omite las razones por las que, de acuerdo con la ciencia médica, un más precoz diagnóstico habría variado previsiblemente el desarrollo de los acontecimientos clínicos.

No habiendo ofrecido la interesada prueba alguna de la pérdida de oportunidad denunciada, que el resto de los informes obrantes en el expediente vienen a negar, tampoco ha conseguido evidenciar que el diagnóstico de la perforación intestinal se haya realizado con infracción de la *lex artis ad hoc*.

Sostiene la perjudicada que la actuación asistencial incurrió en mala praxis desde el momento mismo de la intervención. En este sentido, el perito autor del informe que se adjunta a la reclamación señala que ya en el curso de la intervención de salpinguectomía debió advertirse la rotura intestinal, y manifiesta que si ello no se produjo fue porque no se realizó la pertinente exploración de la cavidad pelviana "con la suficiente diligencia". Tal imputación, que carece de prueba o indicio alguno en el que sustentarse, viene a contradecirla el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora cuando explica que la perforación intestinal surgida en el curso de una intervención laparoscópica, aun siendo una complicación poco frecuente,

puede ocurrir "incluso en manos expertas" y "pasar desapercibida si no sale contenido intestinal", hasta el punto de que en el 40-50% de los casos las mismas solo se manifiestan en el posoperatorio, dándose incluso supuestos de "lesiones incompletas" producidas en el curso del acto quirúrgico que "posteriormente se perforan en el posoperatorio", como "laceraciones de la serosa o capa externa del intestino que con el íleo posoperatorio al aumentar la presión se perfora y la apertura posterior de una escara causada por el bisturí eléctrico".

Manifiesta la reclamante, asimismo, que a la demora diagnóstica denunciada contribuyó el hecho de no haberla dejado ingresada en observación durante veinticuatro horas. Al respecto, debemos tener presente que fue intervenida de salpinguectomía bilateral en la Unidad de Cirugía sin Ingreso de un centro sanitario público, lo que es habitual en este tipo de intervenciones, según explica el autor del informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora. En el caso que analizamos, se dio de alta a la paciente tras el pertinente periodo de observación y con una hoja de recomendaciones -folio 81- en la que se la instaba a acudir al servicio hospitalario de Urgencias en el caso de que se manifestasen los siguientes signos: "Sangrado excesivo y/o maloliente./ Dolor abdominal importante que no cede con la medicación./ Aumento de la distensión abdominal./ Mareos, debilidad o/y taquicardia./ Vómitos repetidos./ Fiebre mayor de 38 °C". Según se refleja en el informe librado por el Jefe del Servicio de Tocoginecología, en la mañana del día 9 de octubre de 2013 se efectuó el seguimiento telefónico de la paciente, manifestando esta "encontrarse bien, sin dolor y sin fiebre". No es hasta las 20:09 horas de ese mismo día, a tenor del informe de la Unidad de Soporte Vital Básico -folio 87- cuando la perjudicada alerta a los servicios de emergencia por tener "fiebre (38,3 °C)", presentando cuando se realiza el triaje en el Hospital, a las 20:43, además de una temperatura de 38,4 °C, dolor abdominal moderado -folio 88-. Teniendo en cuenta que la paciente había recibido el alta a las 17:35 horas del día 8 de octubre de 2013, tal y como consta en la hoja de enfermería de la Unidad de Cirugía sin Ingreso -folio 584-, y que aquella se había producido tras un periodo de observación de ocho horas,

según afirma la propia interesada en el escrito de reclamación, resulta que los primeros signos de alarma se manifestaron cuando ya habían transcurrido ampliamente 24 horas desde la finalización de la intervención, por lo que es evidente que, en ausencia de clínica, la ampliación del periodo de ingreso pretendida por la reclamante no habría anticipado el diagnóstico.

Este Consejo viene señalando reiteradamente que la obligación de medios que integra la *lex artis* en la fase de diagnóstico no puede establecerse con abstracción de los signos clínicos manifestados. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, siempre en atención a las dolencias del paciente y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, sin que la correcta praxis médica ampare la diagnosis de la enfermedad en ausencia de signos clínicos típicos o la realización indiscriminada de pruebas para alcanzar un diagnóstico indubitado.

Afirma el perito de la reclamante que la anamnesis a la llegada de la paciente a Urgencias fue "incompleta", pues "en la exploración abdominal realizada el día 09-10-2013 no se recoge si tiene distensión abdominal, peristalsis intestinal, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno capilar, temperatura vaginal, etc." y que las pruebas analíticas ponían de manifiesto la existencia de un proceso infeccioso e inflamatorio "agudo"; en definitiva, que no se diagnosticó un "abdomen agudo" cuando los síntomas al ingreso en Urgencias eran "evidentes". Frente a lo señalado por la interesada, resulta de los documentos obrantes en el expediente, en concreto del informe del Área de Urgencias -folio 52-, que en aquel momento sí se exploró el abdomen de la paciente, que no estaba distendido o "en tabla", sino "blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda con defensa ¿voluntaria?/Blumberg +".

Respecto a la comprobación de la peristalsis intestinal, teniendo en cuenta que, como indica el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora, "de forma prácticamente constante después de la cirugía, especialmente si es abdominal", se produce un "fallo en la actividad propulsiva normal de todo o parte del tubo digestivo" o "íleo paralítico posoperatorio" que

suele resolverse espontáneamente “en pocos días”, no puede reprocharse al servicio público que no haya comprobado la peristalsis intestinal, pues su ausencia en la paciente, que había sido sometida a cirugía pélvica unas horas antes, no podía considerarse un signo fiable para el diagnóstico del abdomen agudo.

Lo mismo cabe decir del gradiente de temperatura axilar y vaginal, que, como reseña el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora y corrobora el autor de la propuesta de resolución, no es un método fiable para el diagnóstico, con lo que, de haber existido, no se habría modificado la pauta asistencial.

Por lo que se refiere a las afirmaciones del perito de la interesada de que los parámetros analíticos y otros signos ponían de manifiesto la existencia de un “proceso infeccioso e inflamatorio” que evidenciaba un “abdomen agudo”, no pueden hacer prueba de la pretendida mala praxis a falta de la especificación por su parte de cuáles eran esos signos y parámetros y los criterios científico-técnicos de consenso conforme a los cuales aquella clínica constataba tal patología abdominal; máxime cuando el resto de informes obrantes en el expediente (tanto el del servicio responsable como el pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora) coinciden en señalar que a la llegada de la paciente a Urgencias la exploración, la analítica y la ecografía realizadas no sugerían un cuadro severo.

Reprocha asimismo la perjudicada al servicio público que no se realizasen ciertas pruebas, como una radiografía simple de abdomen “para establecer la existencia de aire en cavidad abdominal” o un TAC sin contraste. Ahora bien, como se señala en el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora y corrobora el facultativo autor de la propuesta de resolución, “una radiografía simple de abdomen o cualquier estudio de imagen (en) que se fuera buscando aire libre hubiera podido dar un falso positivo, ya que en el posoperatorio después de una cirugía laparoscópica existe aire libre intraabdominal”. Por otro lado, el TAC se pautó cuando se apreció su necesidad, al empeorar la paciente el día 11 de octubre de 2013, según explica el servicio responsable en su informe. No puede considerarse una práctica

correcta realizar un TAC a menos que esté indicado, pues, en la medida de lo posible, deben evitarse a los pacientes radiaciones innecesarias. De tal cautela clínica deja constancia el expediente que analizamos; así, en el informe de la ecografía abdomino-pélvica -folio 65- se anota que "se realiza estudio ecográfico en lugar de el TC solicitado, dada la edad de la paciente, para evitar acúmulo de radiación".

Por último, la reclamante considera que se tardó demasiado (42 horas, concretamente) en "prescribir" el primer tratamiento antibiótico; tiempo "suficiente para que las bacterias tuviesen un caldo de cultivo idóneo en la cavidad abdominal para su reproducción, apareciendo una peritonitis fecaloide con derrame pleural que requirió de cirugía laparoscópica". Sin embargo, no es cierto que se tardase 42 horas en prescribir a la paciente tratamiento antibiótico. Como ya hemos señalado, el triaje en el Servicio de Urgencias del Hospital se realiza a las 20:43 horas del día 9 de octubre de 2013, y al día siguiente a las 21:00 horas, según acredita la hoja de historia y exploración clínica -folio 97-, se decide su ingreso en el Servicio de Digestivo "para iniciar tratamiento antibiótico". Por otro lado, como destaca el autor de la propuesta de resolución, una más precoz prescripción de aquel tratamiento, además de no estar indicada, no habría evitado la cirugía en la medida en que "no es curativo, sino para evitar el empeoramiento, siendo definitivo el tratamiento quirúrgico".

En suma, no existiendo prueba de la existencia del retraso diagnóstico ni de la consecuente pérdida de oportunidad terapéutica que la interesada reprocha al servicio público sanitario, no puede atribuirse a la Administración responsabilidad alguna en relación con los daños alegados. Por otro lado, ha de tenerse presente que las complicaciones surgidas a raíz de la intervención de salpinguectomía fueron conocidas y aceptadas por la paciente, que suscribió el correspondiente documento de consentimiento informado antes de someterse a la cirugía, por lo que los daños de ella derivados tampoco serían indemnizables por no resultar antijurídicos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.