

Expediente Núm. 264/2017
Dictamen Núm. 289/2017

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 23 de noviembre de 2017, 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 11 de septiembre de 2017 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a causa de las complicaciones surgidas en el tratamiento de un adenocarcinoma endometrial.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 6 de octubre de 2016, un letrado que actúa en nombre de la perjudicada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de las complicaciones surgidas a raíz de la extirpación quirúrgica de un adenocarcinoma de endometrio.

Refiere que su representada acude a consulta en enero de 2016 a raíz de una serie de episodios de metrorragia para cuyo diagnóstico se realiza el 8 de marzo de 2016 en el Hospital "X" una histeroscopia que "confirmó el padecimiento de un adenocarcinoma endometroide G1-G2". La paciente es intervenida quirúrgicamente el 15 de abril de 2016 en el mismo hospital, y, aunque se había programado "inicialmente por vía laparoscópica (...), durante la ejecución de la misma se produjo un desgarro de la vena cava que (...) obligó a tener que reconducir la cirugía por vía de laparotomía o cirugía abierta con la que se realizó histerectomía total con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica (...). Tras la cirugía la paciente presentó un constante e intenso dolor difuso por la zona lumbar y abdominal que directamente se achacó a la cirugía ejecutada, sin practicar ninguna prueba o estudio al respecto. Concediéndole el alta hospitalaria (el) 23 de abril de 2016, acordando curas ambulatorias de la herida quirúrgica y pendiente de evolución a fin de fijar fecha para recibir posteriormente tratamiento radioterápico complementario en el Hospital "Y".

Manifiesta que tras el alta "continuó padeciendo en todo momento un persistente dolor en la zona abdominal, al que además se le agregó una deficiente cicatrización de la herida (...), sintomatología toda ella que fue reiteradamente expuesta (...) en las sucesivas consultas ambulatorias y curas realizadas (...), en las que tan solo se le trató de forma sintomática (...), sin llegar a practicar en ningún momento prueba alguna tendente a determinar el origen y causa de dicha sintomatología./ Lamentablemente la persistencia y progresivo agravamiento de toda esta sintomatología motivaron que por parte del personal de enfermería que llevaba a cabo las curas de la herida quirúrgica acabaran consultando con el médico de cabecera, quien finalmente derivó el día 20 de mayo de 2016 a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital "X", en donde (...) ingresó con "cuadro de dolor abdominal en fosa lumbar izquierda tipo cólico y distensión abdominal", lo que motivó que se acordase la práctica de un TAC abdomino-pélvico con contraste que constató la existencia de una

gran colección retroperitoneal izquierda con fuga de contraste a través del uréter”.

Refiere que “como consecuencia de la constatación de dicha patología se procedió inicialmente a la colocación de un catéter doble J que no tuvo éxito, por lo que se procedió el día 23 de mayo al drenaje percutáneo de la colección. Sin embargo el control radiológico practicado al día siguiente (...) confirmó la persistencia de la fuga por rotura ureteral izquierda, lo que motivó que se acordase reintervenir a la paciente el día 25 de mayo de 2016./ Constatándose a través de dicha cirugía una supuesta fístula ureteral complicada que se intentó solventar inicialmente mediante la colocación de una guía ureteral desde la vejiga, maniobra esta que no tuvo éxito al constatarse finalmente que el uréter estaba completamente seccionado (...), lo que obligó a tener que practicar finalmente una nefroureterectomía izquierda”.

Explica que en el posoperatorio de esta intervención la paciente “empezó a presentar deposiciones con sangre que se achacaron inicialmente al padecimiento de un proceso irritativo intestinal tras el reinicio de la alimentación; sin embargo, la persistencia de las deposiciones con sangre y el progresivo incremento de los parámetros infecciosos analíticos motivaron que finalmente el día 7 de junio de 2016 se acordase la práctica de un nuevo TAC abdomino-pélvico que constató la existencia de una nueva colección retroperitoneal provocada en esta ocasión por una perforación de colon sigmoides que estaba ocasionando una peritonitis fecaloidea que obligó a tener que reintervenir de urgencia (...) el mismo día 7 de junio de 2016”. Precisa que en dicha intervención quirúrgica “se practicó una hemicolectomía izquierda y colostomía terminal a nivel de colon transversal en vaciado izquierdo, siendo posteriormente trasladada (...) a la UCI en situación de shock séptico y fallo multiorgánico secundario, iniciándose una tórpida convalecencia en la que el inicio de la alimentación enteral generó la aparición de contenido bilio-intestinal por el drenaje abdominal, por lo que se acordó la práctica de un nuevo TAC abdominal que constató signos compatibles con fístula intestinal que decidió

tratarse de forma conservadora, acordándose la suspensión de la alimentación enteral y el inicio de la alimentación parenteral total que consiguió la disminución progresiva del débito fistuloso, lo que finalmente permitió el inicio de la tolerancia oral y lenta recuperación de la paciente hasta acabar acordándose el alta hospitalaria (...) el día 19 de julio de 2016”.

Afirma que ha sido “el deficiente estudio y control de la paciente por parte de la Administración demandada el que ha impedido detectar con mayor antelación la sección del uréter (...) cuyo tardío diagnóstico ha acabado provocando la pérdida del riñón izquierdo que ha padecido (...), siendo igualmente el deficiente control de la Administración demandada la que ha provocado el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la perforación de colon que padeció (...) y que ha acabado provocando que (...) se haya tenido que someter a la práctica de una colonoscopia y demás secuelas físicas y psíquicas”.

Tras indicar que su representada “está legitimada como perjudicada por haber sufrido las lamentables consecuencias del funcionamiento anormal de los servicios públicos que provocaron de forma directa los múltiples daños físicos, psíquicos y económicos finalmente padecidos”, señala, respecto a la cuantía indemnizatoria, que “ha de establecerse como indeterminada, por cuanto al no tener esta parte el historial médico completo (...) no disponemos de elementos de criterio suficientes para poder determinar el alcance de la gravedad de las actuaciones que produjeron el daño”.

Solicita que se incorpore al expediente el historial médico de la paciente relativo a la asistencia que le fue prestada “desde el mes de enero de 2016” en los Hospitales “X” e “Y”.

Adjunta un escrito firmado por la perjudicada en el que autoriza a distintos letrados, entre ellos el que suscribe la reclamación, para representarla “en el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial de la Administración instado contra el Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

2. Mediante oficio de 8 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica al representante de 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 los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

En él, asimismo, requiere al letrado para que en el plazo de diez días acredite su representación en el procedimiento "por cualquier medio válido en derecho -ante notario o mediante declaración en comparecencia personal ante el funcionario (*apud acta*)", y para que especifique la presunta relación de causalidad entre las lesiones producidas y el funcionamiento del servicio público y proceda a cuantificar económicamente el daño "o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla".

3. El día 22 de noviembre de 2016, el letrado que asiste a la perjudicada presenta en el registro del Ministerio de Defensa un escrito en el que manifiesta que "actualmente es imposible para esta parte proceder a la cuantificación económica de los daños (...), por cuanto que los mismos están todavía evolucionando", y señala, sobre la relación de causalidad, que "se produce como consecuencia directa de la incorrecta ejecución y deficiente seguimiento de la intervención de histerectomía inicialmente practicada a la paciente".

Acompaña una copia del poder general para pleitos otorgado en su favor por la perjudicada.

4. Con fecha 2 de diciembre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a la Gerencia del Área Sanitaria V la presentación de la reclamación y solicita una copia de la historia clínica de la interesada en el Hospital "X" y el informe de los servicios intervinientes (Obstetricia y Ginecología, Urología y Cirugía General) en relación con su contenido.

izquierda de 90 x 60 mm (...), confirmándose extravasación de contraste tras la administración de enema de gastrografin, sugestivo todo ello de perforación de colon./ Con estos hallazgos se solicita valoración a nuestro Servicio, ampliándose cobertura antibiótica (...) y decidiéndose intervención quirúrgica urgente". Respecto a dicha intervención, realizada el 7 de junio de 2016, se reseña "abordaje a través de laparotomía media. Se objetiva coraza epiploica y de asas intestinales, con disección muy dificultosa. Perforación a nivel de cara latero-posterior de colon descendente-sigma con gran cantidad de material fecaloideo + hematoma en toda la gotiera izquierda y retroperitoneo. Gran componente inflamatorio de todo el colon descendente. Se liberan asas de intestino delgado y se confirma integridad de las mismas. Se realiza hemicolectomía izquierda y colostomía terminal a nivel de colon transversal en vacío izquierdo (...). En el posoperatorio inmediato ingresa en UCI en situación de shock séptico y fallo multiorgánico secundario. Preciso ventilación mecánica sin complicaciones asociadas, disminución progresiva de la sedación, pudiendo ser extubada exitosamente el 11-06-16 (...). Se inicia nutrición enteral con aceptable tolerancia el día 09-06-16. El día 10-06-16 se observa aparición de contenido bilio-intestinal en drenaje abdominal, solicitando nuevo TC abdominal compatible todo ello con fístula intestinal. Se decide manejo conservador, por lo que se suspende nutrición enteral e inicia nutrición parenteral total./ Buena evolución posterior, con disminución progresiva del débito fistuloso e inicio de tolerancia oral sin complicaciones./ Presenta dificultad para la movilidad secundaria al encamamiento prolongado, por lo que inicia tratamiento rehabilitador, con mejoría progresiva de la movilidad y deambulación./ Durante su ingreso en planta es valorada por el Servicio de Nefrología, que ajusta tratamiento para su HTA./ Actualmente la paciente se encuentra con buen estado general".

En el informe de la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología, de 24 de enero de 2017, consta que la paciente "consulta en nuestro Servicio por metrorragia posmenopáusica, por lo que se le indica histeroscopia tras estudio

clínico y ecográfico que se realizan el 08-03-16. El (estudio) anatomopatológico aporta un resultado de adenocarcinoma de tipo endometroide grado I-II de la FIGO (...). Ante este resultado se informa a la paciente del diagnóstico y la necesidad de realizar pruebas de extensión de la enfermedad para posteriormente realizar un tratamiento quirúrgico inicial que además nos permita un estadiaje tumoral y valorar necesidad de algún otro tratamiento complementario. Los estudios de extensión (TAC abdomino-pélvico y RM pélvica) se realizan y arrojan un posible estadio IB, por lo que la paciente es informada de que la intervención a la que será sometida consistirá en extirpación total del útero y anejos más linfadenectomía pélvica y paraaórtica siguiendo los protocolos para el tratamiento del adenoca. endometroide propuestos por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). También se le informa que la vía inicial de abordaje será la laparoscópica, recurriendo a la vía abdominal (laparotomía) si la primera no es posible./ El 15-06-16 se realiza la intervención quirúrgica, iniciándose de forma laparoscópica retroperitoneal para en primer lugar realizar la linfadenectomía paraaórtica, la cual se suspende por la imposibilidad de un campo operatorio adecuado y no por ninguna complicación vascular ni de otro tipo en ese momento. Posteriormente se procede a la extirpación del útero, ambos anejos y linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica por vía laparotómica. Como única incidencia intraoperatoria se descubre el sangrado de un vaso perforante de la cava en la remoción del tejido linfograso precava que se corrige con un punto de sutura". Concluye con una "nota" en la que reseña que, "según se recoge en la literatura, la cirugía ginecológica en general es responsable de más de la mitad de los casos de lesiones iatrogénicas de los uréteres. Según las series, el daño ureteral en la histerectomía abdominal ofrece un rango amplio entre 0,2 y 6 % en función de la complejidad de la cirugía, complejidad condicionada por el diagnóstico de la indicación quirúrgica (miomas, endometriosis, oncología...) y las características constitucionales de la paciente./ Así mismo, está descrito que

solamente el 9 % del daño ureteral en estas cirugías se diagnostica intraoperatoriamente, el resto es un diagnóstico posoperatorio”.

Un facultativo de la Unidad Colorrectal libra, con fecha 19 de enero de 2017, un informe “ante reclamación” en el que describe el curso clínico de la paciente en similares términos a los recogidos en el informe de alta del Servicio de Cirugía General.

6. El día 13 de febrero de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en el Hospital “Y” relativa a la asistencia prestada desde el mes de enero de 2016, “ya que la reclamante la solicita como prueba”.

7. Mediante oficio de 22 de febrero de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica solicitada.

8. Con fecha 28 de abril de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Urología. En él explica que “la lesión ureteral en la cirugía ginecológica es, junto con la lesión de la vejiga, la complicación iatrogénica más frecuente de dicha cirugía y está descrita ampliamente en la literatura médica. El porcentaje de casos con lesión ureteral en los procedimientos ginecológicos depende de la patología a tratar y de los autores consultados, pero oscila entre el 0,4 % y el 14 %, pasando generalmente inadvertida durante el acto quirúrgico. La lesión ureteral únicamente es descubierta durante el acto operatorio en el 7-10 % de los procedimientos ginecológicos. Los síntomas y su momento de aparición dependerán del tipo de lesión ureteral producida (sección, ligadura, etc.), pudiendo oscilar entre la anuria inmediata (riñón único o ligadura bilateral) con dolor en fosa lumbar hasta la hidronefrosis silente descubierta de forma incidental muchos años

después de la cirugía, la salida de orina por la sutura del muñón vaginal o la existencia de una peritonitis urinaria./ No existe una prueba diagnóstica mediante la imagen o una maniobra prequirúrgica o intraoperatoria que prevenga al 100 % las lesiones ureterales. La realización sistemática de una urografía IV previa a toda cirugía pelviana no ha demostrado evitar las lesiones ureterales, ya que la urografía no ayuda al cirujano a identificar los uréteres en el campo operatorio. El cateterismo de ambos uréteres antes de la intervención quirúrgica no ha demostrado tampoco que disminuya la incidencia de lesiones ureterales tanto en cirugía ginecológica como de colon y recto, no estando exento de complicaciones (perforaciones ureterales e infecciones), por lo que no se realiza de forma sistemática; además puede provocar un exceso de confianza en el cirujano favoreciendo la lesión ureteral./ Siempre que se detecte una uropatía obstructiva (que no existiera con anterioridad) después de una cirugía pelviana (ginecológica, recto, etc.) o una fístula ureteral se procederá de forma urgente a realizar una consulta a Urología. En Urología se realizará una derivación de la unidad renal afectada, mediante la colocación de un catéter ureteral o en su defecto una nefrostomía percutánea. De esta forma se impedirá que la función del riñón afectado siga deteriorándose y además será posible valorar la función por separado de cada unidad renal./ El tipo de reparación ureteral dependerá del tipo de lesión, el estado funcional de la unidad renal, la patología y el estado general del paciente. Cuando no sea posible la reconstrucción ureteral se procederá a la nefrectomía./ En las cirugías abdominales se observa una gran cantidad de adherencias entre las asas intestinales y de esta al peritoneo. En muchas ocasiones, al separarlas se produce una lesión en la serosa intestinal (capa externa del intestino) y en ocasiones una perforación intestinal. El tratamiento de la lesión de la serosa es la sutura de refuerzo y en la perforación la sutura de la misma, presentando generalmente una buena evolución sin complicaciones./ El tratamiento quirúrgico de una perforación de colon con peritonitis fecaloidea es la resección del segmento intestinal afectado y la realización de una colostomía, ya que una

anastomosis primaria en un medio séptico tiene una elevada probabilidad de fistulizarse". Concluye que "la paciente firmó un documento de consentimiento informado para histerectomía radical (...). Durante el procedimiento no se produjo ninguna lesión de la cava (...). En dicho documento entre las complicaciones figuran: `las lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales`, `fístulas`, etc. (...). El porcentaje de casos con lesión ureteral en los procedimientos ginecológicos oscila entre el 0,4 % y el 14 %, pasando generalmente inadvertida durante el acto quirúrgico (...). En el posoperatorio de una linfadenectomía retroperitoneal la etiología más frecuente en una colección retroperitoneal es el linfocele o el hematoma (...). Fue diagnosticada de una sección ureteral completa y, ante la imposibilidad de reconstrucción ureteral, se le realizó una nefrectomía (...). La paciente firmó un documento de consentimiento informado para la reparación ureteral por vía laparoscópica (...). En dicho documento se describen los siguientes riesgos:/ a. Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas./ b. Lesión de órganos vecinos y/o intestinal (...). La paciente presentó una peritonitis fecaloidea debido a perforación intestinal que fue tratada correctamente con resección intestinal y colostomía de descarga (...). Posteriormente presentó una fístula intestinal que fue tratada de forma conservadora con buena evolución (...). Todas las complicaciones fueron diagnosticadas de forma correcta y no existió demora en su tratamiento. El tratamiento de la lesión ureteral y la perforación del colon fueron totalmente correctos, y aun con un diagnóstico y tratamiento más precoces el tratamiento hubiera sido el mismo (...). Basándome en la documentación analizada, la actuación fue totalmente correcta, ajustándose al `estado del arte` de la medicina y cumpliendo con la *lex artis ad hoc*".

9. Mediante escrito notificado al representante de la reclamante el 27 de junio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

10. Con fecha 6 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite al representante de la perjudicada, atendiendo a su solicitud, una copia del expediente completo. En el oficio de remisión le advierte que deberá especificar en el plazo de audiencia concedido “la evaluación económica del daño o perjuicio causado”, pues “la no cuantificación conlleva la imposibilidad de continuar la tramitación del procedimiento al no saber si tras la propuesta de resolución es necesario solicitar el preceptivo dictamen del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, motivo por el cual es imprescindible paralizar el expediente./ Consecuentemente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 95.1 de la (...) Ley 39/2015, se le advierte que si no cuantificase el daño, transcurridos tres meses, contados desde la recepción del presente escrito, se producirá la caducidad del expediente y se acordará el archivo de las actuaciones”.

11. El día 26 de julio de 2017, el representante de la perjudicada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que manifiesta que “el expediente administrativo remitido se encuentra incompleto, al no haberse adjuntado la totalidad del historial clínico de (la paciente) tanto en el Hospital “X” como en el Hospital “Y” Asturias correspondiente a la asistencia prestada desde el mes de enero de 2016 hasta la actualidad”.

Señala, “con respecto a la evaluación económica del daño o perjuicio causado”, que “el artículo 67.2 de la Ley 39/2015 (...) solo exige la cuantificación económica de la reclamación ‘si esta fuera posible’ y en el presente caso debemos manifestar una vez más que actualmente es imposible para esta parte proceder a la cuantificación económica de los daños (...) por cuanto que los mismos están todavía evolucionando, sin poderse determinar actualmente el alcance final de los mismos y en consecuencia su repercusión

económica./ Por lo que, a efectos meramente orientativos y en ningún caso vinculantes ni condicionantes de las posibles acciones judiciales a entablar con posterioridad, venimos a manifestar que la cantidad a reclamar puede oscilar en torno a los cien mil euros”.

12. Con fecha 14 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Todas las complicaciones sufridas por la interesada constituyeron la materialización de riesgos típicos de las intervenciones que se le realizaron y que la paciente conocía y asumió al suscribir los documentos de consentimiento informado donde están descritos los mismos. Por otra parte, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos para solucionar las complicaciones según se iban produciendo”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de septiembre de 2017, 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, adjuntando a tal fin una copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá 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 6 de octubre de 2016, habiendo tenido lugar el alta hospitalaria tras el proceso asistencial por el que se reclama el día 19 de julio del mismo año, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las

especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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 perjudicada solicita una indemnización por los daños derivados de las complicaciones surgidas a raíz de la cirugía practicada para la extirpación de un adenocarcinoma de endometrio.

No concreta cuáles son exactamente los perjuicios cuyo resarcimiento reclama, más allá de una alusión genérica en el escrito de reclamación a los “múltiples daños físicos, psíquicos y económicos” padecidos.

Ahora bien, del examen de la historia clínica se desprende que en el curso de la intervención realizada el día 15 de abril de 2016, dirigida a la extirpación del adenocarcinoma endometrial, se produjo la rotura inadvertida del uréter izquierdo, y que para su reparación se practicó el día 25 de mayo de 2015 una nueva cirugía en la que hubo que extirpar el uréter y riñón izquierdos ante la imposibilidad de reconstruir el tracto ureteral. En el curso de esta

segunda operación se perforó inadvertidamente el colon, lo que implicó que tuviera que ser intervenida por tercera vez, efectuándosele el 7 de junio de 2016 una hemicolectomía y colostomía. Resulta evidente, por tanto, que la atención sanitaria a la que la reclamación se refiere ha causado a la interesada una serie de perjuicios en forma de secuelas (pérdida de un riñón y de la mitad del colon) y otros daños físicos como la colostomía.

Con todo, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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*.

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, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Al respecto, advertimos que la interesada, para quien los daños sufridos traen causa del “deficiente estudio y control (...) por parte de la Administración demandada”, como se señala en el escrito inicial de reclamación, o de la “incorrecta ejecución y deficiente seguimiento de la intervención de histerectomía inicialmente practicada”, según

se expresa en el escrito presentado el 22 de noviembre de 2016, no ha aportado prueba alguna que sustente tales imputaciones. Por ello, nuestro enjuiciamiento acerca de la regularidad del quehacer médico ha de basarse en el análisis de las anotaciones que figuran en la historia clínica y la consideración de los criterios técnicos contenidos en los informes obrantes en el expediente, procedentes todos ellos de la Administración y de su compañía aseguradora.

Como explica el especialista en Urología, "la lesión ureteral en la cirugía ginecológica es, junto con la lesión de la vejiga, la complicación iatrogénica más frecuente de dicha cirugía y está descrita ampliamente en la literatura médica". Por tratarse de un riesgo "probable en condiciones normales", en la terminología empleada en el artículo 10.1.c) 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, se informó de él a la paciente, quien lo consintió al firmar el documento de consentimiento informado que obra en los folios 87 y 88 de la historia clínica. La producción de esta complicación no puede evitarse en todos los casos, pues, como señala el especialista antes citado, "no existe una prueba diagnóstica (...) o una maniobra prequirúrgica o intraoperatoria que prevenga al 100 % las lesiones ureterales", y, dado que se trata de un riesgo que el ejercicio de la buena praxis médica no puede evitar, no cabe inferir de su mera materialización que la cirugía haya sido incorrectamente ejecutada, como parece pretender la reclamante. Por otro lado, este tipo de lesiones iatrogénicas suelen pasar normalmente inadvertidas, ya que solo en un pequeño porcentaje de casos (el 9 % de ellos, según señala la Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia) se evidencian durante el acto operatorio; en el resto el diagnóstico no puede anticiparse a la manifestación de sus signos clínicos típicos, y esto puede producirse, en función del tipo de lesión, de manera inmediata o incluso "muchos años después de la cirugía", como indica el especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora. En el asunto analizado el diagnóstico no pudo alcanzarse hasta que el 20 de mayo de 2016 la paciente acude a su centro de salud aquejada de

malestar, hinchazón y presión abdominal y desde allí se la remite al Servicio hospitalario de Urgencias (folio 52 de la historia clínica). Entonces se le realiza un TAC que objetiva el daño y se decide, en buena praxis, practicar una nefrectomía al no ser posible la reconstrucción ureteral. Cabe llegar a una conclusión similar respecto de la perforación intestinal producida en el curso de la segunda cirugía a cuyo mecanismo de producción se refiere el especialista en Urología. Según explica este facultativo, las cirugías abdominales producen adherencias entre las asas intestinales y el peritoneo y, “en muchas ocasiones, al separarlas se produce una lesión en la serosa intestinal (capa externa del intestino) y en ocasiones una perforación intestinal”, y en el caso de la reclamante sabemos que tales adherencias existían, pues el informe de alta del Servicio de Cirugía General da cuenta de la apreciación en el campo operatorio de “adherencias de gran dureza por borde interno del uréter”. De la posible materialización de este riesgo también había sido cumplidamente informada la paciente, quien lo consintió al suscribir el documento de consentimiento informado que obra en los folios 49 y 50 de la historia clínica, en el que se enuncian, entre las complicaciones “más graves”, las “lesiones de intestino delgado o grueso, que inevitablemente necesitarán intervención quirúrgica urgente o diferida”. Una vez evidenciada la perforación del colon, esta también fue correctamente tratada mediante hemicolectomía y colostomía, según se señala en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora, en el que también se significa que, aun en el caso de que el diagnóstico de las lesiones iatrogénicas hubiera podido realizarse con mayor anticipación, su tratamiento habría sido el mismo.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se deriva que los perjuicios sufridos por la paciente sean consecuencia de un funcionamiento anormal del servicio público sanitario ni se aprecia ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico. Pero además aquellos no serían antijurídicos, pues fueron conocidos y consentidos de antemano por la reclamante, quien, por tanto, se encuentra obligada a soportar

los perjuicios que de los mismos derivan. Por ello, no puede atribuirse a la Administración responsabilidad alguna en relación con los citados daños.

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.