

Dictamen Núm. 100/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de mayo de 2022, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de la prematura retirada de un catéter y la medicación previamente pautada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de julio de 2021, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la errónea decisión de retirar un catéter y la medicación previamente pautada, lo que habría provocado una agravación de su estado físico.

Expone que el 19 de diciembre de 2020 acude al Servicio de Urgencias del Hospital “X” “aquejado de cólico renal derecho secundario a litiasis en UPU”, y que con este diagnóstico se decide su traslado al Hospital “Y” “para seguir tratamiento./ En dicho centro hospitalario se le practica un TAC” y, “con un

preoperatorio dentro de la normalidad y de forma urgente”, ese mismo día se le “coloca catéter DJ derecho tipo Percuflex 4,8 Ch, 28 cm”, reseñando que el “20 de diciembre de 2020 se le expide el alta médica. En el momento del alta se informa al paciente de que el catéter tendrá que llevarlo al menos durante siete meses y (que) durante ese tiempo debe continuar tomando Acalca”.

Señala que el “16 de febrero de 2021 (...) es citado en el Hospital ‘X’ para realizar un TAC de control” que muestra “resolución de la hidronefrosis presente en estudio previo con desaparición de la litiasis de 8 mm impactada en unión pielocalicial y de la litiasis de mayor tamaño (12 mm) presente en un grupo calicial medio. Persisten, aunque se ha reducido su tamaño, el resto de las litiasis visibles en el grupo medio (4 y 2 mm), así como el grupo inferior 5,5 mm. Catéter JJ permeable con buen paso de contraste a vejiga en fase excretora. Llama la atención el engrosamiento difuso de la grasa periureteral sin engrosamiento de la pared del propio uréter ni captación de contraste por la misma, lo que parece sugerir cambios inflamatorios crónicos o en resolución”, precisando que se le diagnostica “desaparición de la litiasis impactada en unión pielocalicial derecha presente en estudio previo. Disminución de tamaño /disolución del resto de litiasis según se describe”.

Refiere que el 1 de marzo de 2021 “acude al Servicio de Urología del Hospital ‘X’ a revisión, donde de forma sorpresiva le retiran el catéter tirando de él sin ningún tipo de anestesia o analgesia, causándole un terrible dolor, y posteriormente le retiran (la) medicación que estaba tomando para la litiasis (Acalca), limitándosela a un día, y expidiendo el alta médica, a pesar de que el TAC determinaba la persistencia del resto de litiasis visibles en el grupo medio y en el grupo inferior y (...) de que los facultativos que le colocaron el catéter” en el Hospital “Y” “le indicaron que debía mantenerlo colocado durante al menos 7 meses, y continuar tomando la medicación durante al menos el mismo periodo hasta la completa desaparición de todas las litiasis”.

Manifiesta que “pasados tres días desde que se le expide el alta (...) en el Hospital ‘X’ tras retirarle el catéter y la medicación (...) comienza (...) a sufrir fuertes cólicos, y acude al Servicio de Urgencias del Hospital ‘X’ con un cuadro de anuria y dolor sobre fosa renal derecha irradiado a flanco y FID”, siendo

derivado desde ese centro al Hospital "Y", donde "se le coloca de nuevo el catéter que le habían retirado en `X` y se le pauta de nuevo la medicación que también le habían retirado".

Sostiene que, "la vista de la información médica que se aporta, resulta plenamente acreditado que (...) como consecuencia de sus problemas renales se le había colocado un catéter" en el Hospital "Y" "complementado con una medicación que debería tener una duración prolongada, de al menos siete meses, y que le fue retirado por los facultativos del Servicio de Urología del Hospital `X` en marzo de 2021, tan solo tres meses más tarde, de manera sorpresiva y sin ningún tipo de analgesia (a fecha actual aún persiste intenso dolor y gran edema desde la retirada del catéter en marzo de 2021)", lo que considera "absolutamente improcedente", al igual que "la retirada de la medicación, ya que previamente se le había realizado un TAC abdominal (...) en el que constaba claramente (...) que, a pesar de que había desaparecido la litiasis de mayor tamaño, persistían las litiasis visibles medias e inferiores", y afirma que fue precisamente eso lo que "provocó que el paciente, en cuanto se le retira la medicación y el catéter, volviera a sufrir cólicos renales y que le tuvieron que trasladar al Servicio de Urgencias del Hospital `X` y desde dicho centro" al Hospital "Y", "en el que de nuevo le tienen que colocar un catéter y (...) pautarle la medicación, que aún porta y toma, causándole unos padecimientos totalmente innecesarios debidos a la mala praxis de los facultativos de `X`, así como un acreditado empeoramiento de las lesiones renales que padece".

Entiende que "la agravación" del "estado físico que padece es consecuencia directa del error en el tratamiento pautado en el mes de marzo de 2021" por "los facultativos adscritos al Servicio de Urología del Hospital "X", que a pesar de ser perfectos concedores de que solo portaba el catéter desde hacía tres meses y de la persistencia de litiasis perfectamente visibles en el TAC que le fue realizado en dicho centro con anterioridad al nefasto tratamiento, procedieron de forma indebida a retirar el catéter y la medicación, en contra de las pautas de los urólogos" del Hospital "Y" que "se lo habían colocado previamente, provocando una importante ralentización en su tratamiento y (...)

que le tuvieran que colocar (...) un nuevo catéter por haber sufrido cólicos después de la retirada del anterior, que tuviera que acudir de nuevo al Servicio de Urgencias y posteriormente que tuviera que permanecer ingresado” en el Hospital “Y”, encontrándose “aún (...) convaleciente”.

Cuantifica la indemnización solicitada en treinta mil euros (30.000 €).

Acompaña copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urología del Hospital “Y”, de 20 de diciembre de 2020, en el que figura como motivo de ingreso “traslado de `X´ por cólico renal derecho”, reflejándose en el apartado dedicado a la evolución que “con un preoperatorio dentro de la normalidad y de forma urgente el 19 de diciembre de 2020 se coloca catéter DJ dcho. tipo Percuflex 4,8 Ch, 28 cm, sin incidencias./ Evolución favorable, por lo que es alta”. Se establece el diagnóstico de “litiasis probable úrica de 8 mm en UPU derecha” y se pauta Acalka y Zinnat. b) Informe de resultados de pruebas de imagen del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital “X”, de 16 de febrero de 2021, que refiere “resolución de la hidronefrosis presente en estudio previo con desaparición de la litiasis de 8 mm impactada en unión pielocalicial y de la litiasis de mayor tamaño (12 mm) presente en un grupo calicial medio. Persisten, aunque se ha reducido su tamaño, el resto de las litiasis visibles en el grupo medio (4 y 2 mm), así como el grupo inferior 5,5 mm./ Catéter JJ permeable con buen paso de contraste a vejiga en fase excretora. Llama la atención el engrosamiento difuso de la grasa periureteral sin engrosamiento de la pared del propio uréter ni captación de contraste por la misma, lo que parece sugerir cambios inflamatorios crónicos o en resolución./ Resto del estudio sin cambios significativos”, recogiendo en el diagnóstico “desaparición de la litiasis impactada en unión pielocalicial derecha presente en estudio previo. Disminución de tamaño/disolución del resto de litiasis según se describe”. c) Informe de alta del Servicio de Urología del Hospital “Y”, de 9 de marzo de 2021, en el que consta “traslado del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, a donde acude por anuria y dolor referido sobre fosa renal derecha irradiado a flanco y FID. No fiebre. No vómitos. No otra sintomatología acompañante o previa./ Se le retiró el catéter ureteral derecho el 03-03-2021 en H. `X´ tras ver TAC del

16-02-2021". En él se anota que "en el momento del ingreso (...) el paciente presenta micción espontánea, por lo que se deja en observación, objetivando en analítica del día 7 de marzo mejoría clínica (diuresis de 1.400 cc) y analítica (creatinina 2,63 mg/dl)./ El día 8 de marzo tiene cólico renal derecho y la analítica sigue en valores anormales (creatinina 2,40 mg/dl y FG 27 ml/min/1,73 m²), por lo que se indica nueva colocación de catéter ureteral con carácter de urgencia./ Con un preoperatorio que no contraindica intervención, con fecha 08-03-2021 se realiza colocación de catéter doble J dcho. Optimed 6 Ch, 24 cm./ El posoperatorio evoluciona favorablemente, por lo que es alta el día de la fecha con normalización analítica". d) Informe del Servicio de Urología del Hospital "X", de 12 de marzo de 2021, en el que se señala que el 3 de marzo de 2021 "se retiró sin problemas el catéter JJ derecho./ Se indicó tratamiento oral con Monurol 3ge" y se dio de alta en Urología.

2. Mediante oficio de 2 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado 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.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, el 4 de agosto de 2021 la Gerencia del Área Sanitaria I incorpora al expediente una copia de la historia clínica del paciente, y al día siguiente el Servicio de Atención Al Ciudadano le remite un informe descriptivo de la atención prestada en dicho centro.

Con fecha 11 de agosto de 2021, la Gerencia del Área Sanitaria III envía al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante.

A requerimiento del Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, la Gerencia del Área Sanitaria III le traslada el informe emitido por el Jefe del Servicio de Urología del Hospital "Y" el 7 de octubre de 2021. En él expone que "en ninguna nota clínica, ni en el informe de alta entregado al paciente con fecha 20 de diciembre de 2020, figura por escrito que (...) debiera portar dicho

catéter doble J durante 7 meses./ Los catéteres Percuflex son catéteres de larga duración, que se utilizan en pacientes portadores a permanencia por problemas obstructivos de cualquier causa de la vía urinaria no susceptibles de otros tratamientos y a los que se les ponen dichos catéteres con cambios a largo plazo (hasta un año). También se utilizan en pacientes con litiasis que puedan requerir tratamiento quirúrgico mientras están en lista de espera, en la que se presupone que estarán esperando tiempo o en pacientes como el presente, en el que se indica una medicación con el objetivo de disolver los cálculos, siendo necesario mantenerlos hasta la desaparición de las litiasis o en caso contrario hasta indicación de tratamiento definitivo de los cálculos./ Desconozco si de palabra se le informó al paciente de la duración de dichos catéteres./ El catéter se retiró en el H. `X´ a la vista de la desaparición de la litiasis que motivó la obstrucción e indicación de derivación urinaria./ Dado que con la medicación indicada la litiasis de la unión pieloureteral desapareció, así como la situada en grupo calicial medio, y el resto de litiasis disminuyeron de tamaño (4,2 y 5,5 mm), y dado que el paciente es monorroto derecho por agenesia renal izquierda quizás lo más recomendable hubiera sido mantener el catéter y el tratamiento médico (Acalka) con controles periódicos hasta comprobar la total desaparición de las litiasis”.

4. Con fecha 7 de diciembre de 2021, emiten informe pericial a instancias de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Urología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él señalan que “la indicación de instauración de catéter ureteral doble jota en las dos ocasiones” se estableció “de forma adecuada a la necesidad de derivación urinaria (...). La evaluación posterior al inicio de la quimiolisis mostró una reducción significativa de la masa litiásica (...). El tamaño máximo de litiasis de ácido úrico residual existente (2 y 5,5 mm) en marzo 2021, según las guías clínicas presentaba una muy baja probabilidad de complicaciones. Mas, la medicina no es una ciencia exacta, influyendo en el resultado las circunstancias individuales y temporales acompañantes (dieta, movilidad, ingesta, adherencia al tratamiento, otros fármacos, etc.) no siempre controlables desde punto de vista facultativo (...). La sintomatología que presentaba el paciente en la visita de control justificaba

igualmente la retirada del doble J, puesto que la hematuria y el dolor pélvico suelen constituir síntomas preliminares de infección, rechazo o calcificación que identifican complicaciones posteriores del catéter doble J (...). Consideramos que en la decisión de retirada del catéter doble J se sopesaron de forma correcta tanto las circunstancias individuales del paciente, como los riesgos que se estaban manifestando, así como la baja probabilidad de complicaciones”.

Refieren, respecto a “la medicación de quimiolisis” -Acalca- “prescrita tras la primera colocación de catéter doble J”, que “en ningún punto de la historia clínica consta su suspensión y sí, por el contrario, la prescripción de continuación en cada (...) visita a Urgencias o consulta”.

Indican que “la constatación del tiempo transcurrido, la sintomatología padecida y la reducción litiásica justifica la indicación clínica de retirada del catéter (...). El posterior cólico nefrítico acaece por una litiasis de pequeño tamaño, que en condiciones habituales (guías clínicas) presenta un índice muy elevado de expulsión espontánea”.

Afirman que “es imposible establecer ni un tiempo mínimo ni máximo de necesidad de mantener la derivación urinaria (en este caso el catéter doble J, aunque debe considerarse siempre el mínimo tiempo imprescindible), ni tampoco el tiempo de tratamiento con Acalca, que en muchos casos puede llegar a ser crónico (...). El acaecimiento de un segundo cólico nefrítico siempre es posible cuando los niveles de ácido úrico en orina están elevados, independientemente del tamaño de la litiasis. La recurrencia de cólicos nefríticos en situaciones como esta podrá ocurrir siempre que persista una uricosuria elevada (...). El hecho de que el paciente tuviera un solo riñón, lejos de suponer un problema, constituye una oportunidad de facilitar un diagnóstico más precoz del daño renal transitorio, situación que no ocurre en pacientes con dos riñones (...). El seguimiento (del paciente) permite establecer que no existe daño renal alguno por el nuevo cólico nefrítico ni retraso en la actividad/eficacia del tratamiento de quimiolisis prescrito, y así se constata que en julio de 2021 la función renal era absolutamente normal”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 26 de enero de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 3 de febrero de 2022, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera el contenido de su reclamación, añadiendo que “el informe expedido por el Jefe del Servicio de Urología” del “Y” de 7 de octubre de 2021 determina expresamente que “el catéter se retiró en el Hospital “X” a la vista de la desaparición de la litiasis que motivó la obstrucción e indicación de derivación urinaria. Dado que con la medicación indicada la litiasis de la unión piel ureteral desapareció, así como la situada en el grupo calicial medio y el resto de litiasis disminuyeron de tamaño, (4,2 y 5,5 mm), y dado que el paciente es monorreno derecho por agenesia renal izquierda, quizás lo más recomendable hubiera sido mantener el catéter y el tratamiento médico (Acalca) con controles periódicos hasta comprobar la total desaparición de la litiasis”.

6. El día 9 de febrero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No existe un tiempo mínimo ni máximo de necesidad de mantener (...) el catéter doble J, aunque debe ser siempre el mínimo tiempo imprescindible, ni tampoco el tiempo de tratamiento con Acalca, que en muchos casos puede llegar a ser crónico. La producción de un segundo cólico nefrítico siempre es posible cuando los niveles de ácido úrico en orina están elevados, independientemente del tamaño de la litiasis. La recurrencia de cólicos nefríticos en situaciones como esta podrá ocurrir siempre que persista una uricosuria elevada. El hecho de que el paciente tuviera un solo riñón, lejos de suponer un problema, constituye una oportunidad de facilitar un diagnóstico más precoz del daño renal transitorio, situación que no ocurre en pacientes con dos riñones”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de marzo de 2022, 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 Salud, adjuntando a tal fin 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 el interesado activamente legitimado 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 como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 5 de julio de 2021, y la retirada del catéter y de la medicación -a la que atribuye el interesado la agravación de su estado físico- se produce, según los informes obrantes en el expediente, el día 3 de marzo de 2021, por lo que es claro que se acciona 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 del servicio afectado, 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 referida Ley.

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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado reclama una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la errónea decisión de retirarle un catéter y la medicación previamente pautada, lo que habría provocado una agravación de su estado físico.

Queda acreditado en el expediente que, con el diagnóstico de cólico renal derecho secundario a litiasis, el 19 de diciembre de 2020 se le coloca al reclamante un catéter y se le pauta medicación, que el 3 de marzo de 2021 en

otro centro hospitalario se le retira aquel tras valorar el TAC efectuado el 16 de febrero y que el 8 de marzo, tras sufrir un cólico renal, se le indica nuevamente la colocación de catéter ureteral con carácter de urgencia.

Ahora bien, la mera constatación 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 existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, 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.

En el caso analizado, el interesado sostiene en su escrito inicial que en el Servicio de Urología del Hospital "X", "a pesar de ser perfectos conocedores de que solo portaba el catéter desde hacía tres meses y de la persistencia de litiasis perfectamente visibles en el TAC que le fue realizado en dicho centro con anterioridad", procedieron indebidamente "a retirar el catéter y la medicación, en contra de las pautas de los urólogos" del Hospital "Y", provocando "una importante ralentización en su tratamiento" y la necesidad de implantarle un nuevo catéter "por haber sufrido cólicos después de la retirada del anterior", encontrándose a la fecha de presentación de la reclamación "aún (...) convaleciente". Posteriormente, en su escrito de alegaciones y como apoyo de sus tesis, refiere que el informe evacuado por el Jefe del Servicio de Urología del Hospital "Y" el 7 de octubre de 2021 señala que, "dado que con la medicación indicada la litiasis de la unión pieloureteral desapareció, así como la situada en el grupo calicial medio y el resto de litiasis disminuyeron de tamaño (4,2 y 5,5 mm), y dado que el paciente es monorroto derecho por agenesia renal izquierda, quizás lo más recomendable hubiera sido mantener el catéter y el

tratamiento médico (Acalca) con controles periódicos hasta comprobar la total desaparición de la litiasis”.

Planteada en estos términos la reclamación, procede abordar las cuestiones suscitadas a la luz del resto de la documentación incorporada al expediente.

En primer lugar, y en relación con la retirada del catéter a los tres meses de su implantación tras la tomografía computarizada (TAC), el reclamante sostiene que fue advertido de que debería mantenerlo “al menos durante siete meses”; sin embargo, tal y como advierten todos los informes médicos incorporados al expediente, ninguna nota de la documentación clínica respalda tal aseveración, por lo que su mantenimiento dependía, en buena lógica, de la correspondiente prescripción facultativa. En este sentido, aunque el informe del Jefe del Servicio de Urología del Hospital “Y” indica que “quizás lo más recomendable hubiera sido mantener el catéter”, también advierte de principio que “en ninguna nota clínica, ni en el informe de alta entregado con fecha 20 de diciembre de 2020, figura por escrito que (...) debiera portar dicho catéter doble J durante 7 meses”, precisando desconocer si, de palabra, se le habría dado otra recomendación al paciente. Por su parte, los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora sostienen que “la evaluación posterior al inicio de la quimiolisis mostró una reducción significativa de la masa litiásica”, y que “el tamaño máximo de litiasis de ácido úrico residual existente (2 y 5,5 mm) en marzo 2021, según las guías clínicas presentaba una muy baja probabilidad de complicaciones”. De esta forma, como señala este último informe, teniendo en cuenta que “la sintomatología que presentaba el paciente en la visita de control justificaba igualmente la retirada del doble J, puesto que la hematuria y el dolor pélvico suelen constituir síntomas preliminares de infección, rechazo o calcificación que identifican complicaciones posteriores del catéter doble J”, en la decisión de retirada se habrían sopesado “de forma correcta tanto las circunstancias individuales del paciente, como los riesgos que se estaban manifestando, así como la baja probabilidad de complicaciones”.

Así las cosas, debemos recordar que el único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo es el constituido por las periciales

practicadas, y que como señalamos en el Dictamen Núm. 274/2021 la medicina no es una ciencia exacta, existiendo siempre factores de imprevisibilidad. También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 146/2019) que no cabe proyectar *ex post facto* el juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, y que la mala praxis debe acreditarse con base en pericias técnicas que avalen los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que se reputa deficiente. Sentado esto, procede reparar en que el informe del Servicio de Urología del Hospital "Y" no formula una conclusión definitiva sobre la existencia de mala praxis, pues se limita a señalar que el mantenimiento del catéter hubiese resultado "quizás lo más recomendable", mientras que el informe aportado por la compañía aseguradora, tras exponer pormenorizadamente la sintomatología del paciente, señala -con un profuso aporte documental y bibliográfico- que esta podría estar advirtiendo de complicaciones posteriores del catéter, y concluye que en la decisión de retirada se habrían contrastado apropiadamente las circunstancias del enfermo y los riesgos existentes, todo ello teniendo en cuenta que el tamaño máximo de litiasis de ácido úrico residual en ese momento presentaba, siguiendo las indicaciones de las guías clínicas, una probabilidad de complicaciones mínima. Por su parte, el informe de resultados de las pruebas de imagen practicadas en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital "X" señala efectivamente que "persisten, aunque se ha reducido su tamaño, el resto de las litiasis visibles en grupo medio", pero también que se ha producido la "desaparición de la litiasis impactada en unión pielocalicial derecha presente en estudio previo" y la "disminución de tamaño/disolución del resto de litiasis". De hecho, en el informe de alta del Servicio de Urología del Hospital "Y", de 9 de marzo de 2021, en el que se describe el proceso asistencial posterior a la retirada del catéter, se hace constar que "en el momento del ingreso (...) presenta micción espontánea, por lo que se deja en observación, objetivando en analítica del día 7 de marzo mejoría clínica (diuresis de 1.400 cc) y analítica (creatinina 2,63 mg/dl)", no siendo hasta el día 8 de marzo cuando se evidencia el cólico renal que determina la recolocación de un nuevo catéter.

En cuanto a la retirada de la medicación, el interesado refiere que a la implantación del primer catéter se le pautó Acalca, señalándosele que debería

mantener su ingesta durante el periodo en el que tuviese colocado el catéter, y que en el Servicio de Urología del Hospital "X" se le habría suprimido tal medicación. Sin embargo, tal y como se recoge en el informe aportado por la compañía aseguradora, no consta en la historia clínica la retirada de esta medicación; de hecho, puede comprobarse que tras la extracción del catéter en el Hospital "X" (3 de marzo de 2021) se le pauta la toma de un nuevo medicamento (Monurol 3ge), pero no la supresión del previamente prescrito.

Por lo que atañe a agravación del estado físico del reclamante, según consta en los informes incorporados al expediente el cólico nefrítico posterior a la extracción del catéter sobreviene por una litiasis de pequeño tamaño, que en condiciones habituales se resuelve con expulsión espontánea y que el posterior seguimiento del enfermo permite concluir que ni existe daño renal alguno derivado de este cólico ni retraso en la eficacia del tratamiento de quimiólisis, lo que se evidenciaría por la circunstancia de que en el mes de julio de ese mismo año la función renal era ya plenamente normal.

En este contexto, la documentación obrante en el expediente acredita que la extracción del catéter se produjo cuando la sintomatología del paciente podría estar evidenciando inconvenientes posteriores a su implantación, valorando los riesgos y con una probabilidad de complicaciones muy escasa, siempre teniendo en cuenta que las pruebas de imagen practicadas señalaban que había desaparecido la litiasis impactada en unión pielocalicial derecha presente en estudio previo y la disminución de tamaño y/o disolución del resto de litiasis. Además, cuatro meses después de la nueva colocación del catéter la función renal del paciente era plenamente normal. Por otra parte, procede advertir que el interesado no ha aportado, ni junto a su escrito inicial ni en el trámite de audiencia, elementos probatorios bastantes para cuestionar los informes técnicos emitidos durante la instrucción del procedimiento.

De las pruebas periciales practicadas, único material probatorio sobre el que puede pronunciarse este Consejo, solo cabe deducir que la actuación médica se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

En definitiva, no se objetiva negligencia alguna, pues la actuación del personal sanitario fue correcta y adaptada a la *lex artis*, según se desprende de

los informes incorporados al expediente, los cuales no han sido desvirtuados por el reclamante, que no ha acudido al derecho que la ley le confiere para presentar pericias que acrediten que el daño padecido guarda relación con una mala praxis médica. El daño ocasionado, derivado exclusivamente de la necesidad de colocar un nuevo catéter, no resulta pues antijurídico y no puede imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.