

Dictamen Núm. 125/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de julio de 2025, 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 16 de abril de 2025 -registrada de entrada el día 25 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una intervención de amigdalectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 25 de octubre de 2024, el interesado presenta, a través del Registro Electrónico de la Administración General del Estado, una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por, lo que considera, una deficiente asistencia sanitaria.

Expone que, el día 13 de junio de 2024, se le practicó una amigdalotomía en el Hospital “X”, presentando los días posteriores varios sangrados que le llevan el día 17 de junio al Servicio de Urgencias hospitalarias,

donde le realizan una hemostasia quirúrgica. El día 24 de junio de 2024 acude de nuevo a Urgencias ante la persistencia del sangrado y, el día 26 de ese mismo mes, se decide su ingreso para "observación", siendo trasladado al día siguiente al Hospital "Y", donde, tras realizar una "embolización arterial", se localiza un "pseudoaneurisma de la arteria palatina ascendente", causando alta el día 1 de julio de 2024. Refiere que, "a nivel psicológico", ha sufrido "múltiples episodios de crisis de ansiedad en relación con los hechos descritos".

Sostiene que, "durante la intervención quirúrgica de fecha 13 de junio de 2024 me producen una lesión en la pared de un vaso sanguíneo que conlleva una segunda operación, donde tampoco me reparan el lecho amigdalario derecho que se encuentra dañado, resultando finalmente un pseudoaneurisma que podría haber tenido el peor de los desenlaces".

Por otra parte, reprocha a los profesionales sanitarios que no firmó ningún consentimiento para la intervención que se le practicó durante el segundo ingreso, ni se le informó debidamente.

Finalmente, con relación a la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias el día 24 de junio de 2024, considera que se ha producido "un retraso en el diagnóstico de la hemorragia que provocó el desenlace de tener que ingresar dos días después con una grave hemorragia". Y afirma que "no se tuvieron en cuenta" las alteraciones analíticas que presentaba.

Solicita una indemnización de seis mil setecientos cincuenta y siete euros con cincuenta y siete céntimos (6.757,57 €) desglosados en 8 días de perjuicio personal muy grave, 988,40 €; por 49 días de perjuicio básico, 1.815,94 €; por dos intervenciones quirúrgicas, 600 € y 1.500 €, respectivamente; y por daños morales, 1.853,23 €.

Adjunta copia de diversa documentación médica relativa al proceso de referencia y un informe del seguimiento en Salud Mental del Hospital "X".

2. Mediante oficio de 5 de noviembre de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al

interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 22 de noviembre de 2024 la Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica y un informe del Jefe del Servicio de Otorrinolaringología.

En él, da puntual respuesta a las imputaciones que formula el reclamante y concluye que “el paciente sufrió una hemorragia diferida tras una amigdalotomía, atribuida a un pseudoaneurisma de una arteria colateral que no suele causar problemas habitualmente; una eventualidad rara que (...) afortunadamente fue resuelta”. No considera “que pueda ser atribuible a mala praxis y mucho menos a una negligencia. Es simplemente una complicación que se produce con una frecuencia de (entre) un 3 % y 7 % de casos de amigdalectomía”.

4. Mediante oficio notificado al interesado el día 16 de enero de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 21 de enero de 2025 el reclamante registra un escrito de alegaciones en el que discrepa de lo informado por el Jefe del Servicio implicado y destaca, en primer lugar, que “no es cierto que la primera intervención se desarrollase sin complicaciones, porque se produce una lesión en un vaso sanguíneo que resultó finalmente en un pseudoaneurisma”, hecho que no le comunican en ningún momento y dándole el alta con normalidad. En cuanto a la falta de información debida, niega que las intervenciones tuviesen carácter urgente y afirma que permaneció “en observación el tiempo suficiente” como para que le expliquen “a qué se deben los sangrados y la forma de solucionar las sucesivas hemorragias”. Respecto a la cancelación de la dieta absoluta, considera que fue “una decisión prematura”. También insiste en que

el centro minimizó “las patologías que padecía”, no facilitando “ningún tipo de información” sobre el estado/evolución “o las causas del sangrado y sus soluciones” y no prestándole la atención debida en ningún momento. Finalmente, dice comprender “perfectamente que la hemorragia diferida tras la amigdalotomía es una complicación muy poco frecuente, pero eso no justifica que el desenlace de pseudoaneurisma no se pudiera haber evitado si se hubiera actuado conforme a la *lex artis*; así como todas las incidencias que se han relatado y que denotan una evidente negligencia” por parte del Hospital “X”.

5. Con fecha 28 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, razona que, “en el presente caso, la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El sangrado posamigdalectomía constituyó la materialización de un riesgo típico descrito en el documento de consentimiento informado que el paciente suscribió y que, tal y como señala el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología en su informe, ‘es la complicación más frecuente y más temible’. Por otra parte, las dos intervenciones posteriores tuvieron carácter de urgencia al objeto de salvar la vida del paciente, por lo que no se procedió a la cumplimentación de los documentos de consentimientos informados. Cuando las complicaciones se presentaron, se pusieron a disposición del paciente todos los medios precisos para tratar de solucionarlas, como así ocurrió”.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de abril de 2025, 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 de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 25 de octubre de 2024 y, dado que la misma se orienta al resarcimiento del daño derivado de la práctica de una cirugía realizada el 13 de junio de 2024, 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 dictamen en este Consejo Consultivo, restaban unos días para rebasar el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. Presentada la reclamación, que ahora examinamos, con fecha 25 de octubre de 2024 y, recibida la solicitud de dictamen por este Consejo el día 25 de abril de 2025, no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 solicita una indemnización por los daños y perjuicios que, entiende, se le han irrogado como consecuencia una amigdalectomía.

Por lo que se refiere a la efectividad del daño, la documentación incorporada al expediente confirma el relato fáctico en el que el perjudicado basa su reclamación, por lo que podemos dar por acreditados, siquiera sea a efectos meramente dialécticos, los daños alegados -una posible mala praxis de una amigdalectomía y el retraso en el tratamiento de las complicaciones derivadas de la misma-, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar de los mismos, en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar 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 directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible -tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo

de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (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 estos 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, puesto que también se reprocha un retraso diagnóstico, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada enfermo, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, igualmente, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que, quien persiga

una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos existentes, al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. En el presente caso, el perjudicado no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la supuesta mala praxis de los profesionales del servicio público sanitario en el proceso asistencial seguido, de modo que, a falta de tal prueba, el juicio de este Consejo ha de formarse a la vista del conjunto documental constituido por la historia clínica y los informes médicos librados a instancias del servicio público.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que el 13 de junio de 2024 el interesado fue sometido a una amigdalectomía, desarrollándose la cirugía “sin incidencias” (folio 13 del expediente). El 17 de junio acudió al Servicio de Urgencias hospitalarias por sangrado oral y se decide su ingreso para vigilancia. Tras repetirse el sangrado, se realizó una hemostasia quirúrgica y, dada la buena evolución del paciente, es alta hospitalaria el 19 de junio (folio 15 del expediente). Consta que, el día 24 de junio, vuelve a Urgencias por expectoración con sangre, pero al no presentar “patología urgente” en ese momento, se decide el alta (folio 18 del expediente). El 26 de junio vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital “X” por sangrado oral, presentando durante el ingreso en planta “profuso sangrado por lecho amigdalar derecho”, por lo que se lleva a quirófano, pero “ante la imposibilidad de contención del sangrado”, se decide traslado urgente al Hospital “Y” donde le realizan una “embolización radiológica por pseudoaneurisma de arteria palatina ascendente”. Posteriormente, pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos con buena evolución y el 1 de julio de 2024 se decide alta domiciliaria (folios 20 y siguientes el expediente).

En el escrito de reclamación, el interesado sostiene que, “durante la intervención quirúrgica de fecha 13 de junio de 2024 (le) producen una lesión en la pared de un vaso sanguíneo que conlleva una segunda operación, donde tampoco (le) reparan el lecho amigdalario derecho que se encuentra dañado, resultando finalmente un pseudoaneurisma que podría haber tenido el peor de los desenlaces”.

Al respecto, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “X” explica que “el traumatismo durante la disección quirúrgica de la amígdala puede ser una causa, si bien es una eventualidad infrecuente. (...) otra causa posible es infecciosa”. Y recuerda que el paciente se había operado “por procesos infecciosos amigdalares recurrentes”. Por otra parte, señala que el sangrado posamigdalectomía “es la complicación más frecuente y más temible”. Y señala que, “el paciente sufrió una hemorragia diferida tras una amigdalectomía, atribuida a un pseudoaneurisma de una arteria colateral que no suele causar problemas habitualmente; una eventualidad rara que (...) afortunadamente fue resuelta”. No considera “que pueda ser atribuible a mala praxis y mucho menos a una negligencia. Es simplemente una complicación que se produce con una frecuencia de (entre) un 3 % y 7 % de casos de amigdalectomía”.

En el asunto analizado, obra incorporado al expediente un documento de consentimiento informado para amigdalectomía, firmado por el reclamante el 19 de octubre de 2023, consignándose entre los “riesgos típicos” la posibilidad de que “se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el periodo posterior a la intervención”, advirtiendo la posibilidad de que esta hemorragia “casi siempre obliga a una nueva intervención para su control y, si fuera preciso, transfusión de hemoderivados”. Por otra parte, el afectado no aporta ninguna prueba que permita sospechar la existencia de una mala praxis durante la intervención, por lo que la lesión no puede sino atribuirse a una complicación propia de este tipo de cirugías que, pese al buen quehacer médico, no se pudo evitar.

En lo referente a la falta de información durante el proceso asistencial, el Jefe del Servicio implicado reconoce que no se le dieron los consentimientos informados para la segunda y tercera intervenciones pero, explica que “el consentimiento debe ser dado con 24 horas de antelación, sin haber sido medicado el paciente, y permitiéndole un tiempo de reflexión”. Sin embargo, “en una situación emergente no disponemos de ese margen de tiempo (una epistaxis con sangrado activo, una hemorragia posquirúrgica, disnea aguda por obstrucción de la vía aérea alta). El problema requiere una solución inmediata”. Y considera que, “el dar al paciente (en este caso (...) mayor de edad y está consciente) o a su familia un consentimiento para firmar, no me parece ni ético ni estético”. Respecto a la información facilitada a su familia indica que, normalmente, “el médico de guardia llama al Servicio de Anestesia y a enfermería de quirófano”, mientras que “a la familia suele avisarla enfermería de la planta”, aunque desconoce si fue así.

En el trámite de audiencia, el interesado niega que las intervenciones tuviesen carácter urgente y afirma que permaneció “en observación el tiempo suficiente” como para que le explicaran “a qué se deben los sangrados y la forma de solucionar las sucesivas hemorragias”.

Al respecto, el artículo 9.2 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, exime a los facultativos de recabar el consentimiento para llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, entre otros supuestos, “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” -letra b)-. Asimismo, debe tenerse en cuenta que el Tribunal Constitucional ha declarado en la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo de 2011, que “no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el

consentimiento informado, sino que aquel ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad”.

Pues bien, con relación a la hemostasia quirúrgica realizada el 18 de junio de 2024, en las notas de progreso (folio 33 del expediente) se refleja que el 17 de junio de 2024, el paciente “al despertar antes de la cena, sangrado importante autolimitado (...) dejó en ayunas con (Amchafibrin) y (vitamina) K, si vuelve a sangrar con 6 h de ayuno quirófano, si no quirófano y revisión mañana por la mañana”. También consta que “pasa buena noche (...) sin incidencias”. Y, en la siguiente nota, se refleja: “posoperatorio cirugía urgente” y “revisión sangrado posamigdalectomía”. En relación con esta segunda intervención, no apreciamos ningún impedimento para que se hubiese recabado el consentimiento del paciente o de sus familiares, pues consta que la noche anterior a la cirugía ya estaba previsto que el interesado fuese a quirófano por la mañana. Por otra parte, la normativa reguladora del consentimiento informado no prevé que la información asistencial se proporcione en un momento determinado ni que el consentimiento informado se firme con una determinada antelación.

Ahora bien, el hecho de que falte el consentimiento informado no implica *per se* el reconocimiento de responsabilidad patrimonial. En relación con la apreciación de responsabilidad patrimonial por ausencia de consentimiento informado, el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias recuerda en su Sentencia de 14 de marzo de 2025 -ECLI:ES:TSJAS:2025:728- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) que “tradicionalmente, se han venido confrontando dos posturas diferentes, una sosteniendo que la falta de consentimiento informado supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable y otra, que viene a superar la enunciada, conforme a la cual la mera falta o ausencia de consentimiento informado, aun reconociendo la Administración que no existió, no es indemnizable cuando del acto médico no se deriva un daño antijurídico. Sin embargo, examinada la Jurisprudencia, se ha impuesto la

segunda de las posturas anteriormente expuestas, exigiendo la concurrencia del elemento del daño (...). De modo que el defecto de consentimiento informado se considera como un incumplimiento de la *lex artis ad hoc* que revela un funcionamiento anormal del servicio sanitario, pero tal funcionamiento anormal ha venido a ser considerado por nuestro Tribunal Supremo como insuficiente para generar responsabilidad patrimonial si no viene acompañado del elemento del daño (STS de 19 de junio de 2008, RC 4415/2004, FJ 3.º, y STS de 1 de febrero de 2008, RC 2033/2003, FJ 6.º)“.

Aplicado lo anterior al asunto que nos ocupa, pese a que el Jefe del Servicio implicado reconoce que no se dio al paciente el documento de consentimiento informado para la intervención realizada el 18 de junio de 2024 -hemostasia quirúrgica-, consideramos que no ha quedado probado que la misma le haya ocasionado al perjudicado ningún daño, pues la finalidad de esta cirugía era detener el sangrado, resultado que se consiguió en ese momento, tal y como se desprende de la información que obra en la historia clínica del paciente. Tampoco aporta el interesado ninguna prueba que ponga de manifiesto la existencia de lesiones o complicaciones derivadas de dicha cirugía.

Respecto a la tercera intervención -27 de junio de 2024-, según la información disponible en la historia clínica, el paciente comenzó a las 23:00 horas con un “sangrado activo con coágulos”, por lo que avisan al otorrino de guardia y “lo llevan a quirófano urgente” (folios 36 y 37 de la historia). De hecho, la hemorragia fue de tal magnitud que incluso precisó traslado al hospital de referencia para embolización, por lo que, en este caso, sí se aprecian las notas de inmediatez y gravedad que el Tribunal Constitucional exige para justificar la no cumplimentación del consentimiento. Además, en las notas de progreso se refleja que, a las 01:31 horas, “se habla con los padres” (folio 37 de la historia).

En definitiva, aun reconociendo la Administración sanitaria que no se informó al reclamante, en relación a las dos intervenciones realizadas los días 18 y 27 de junio de 2024, no es posible concluir que se haya lesionado el

derecho a la autodeterminación del paciente, toda vez que, en el primer caso no se le causaron daños de ningún tipo y, en el otro, el equipo médico actuó amparado por el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que dispensa de la necesidad de recabar el consentimiento en supuestos de emergencia.

Sobre el hecho de que se permitiese comer al enfermo durante el ingreso hospitalario, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología señala que el médico de guardia le había dejado en ayunas “por si sangraba”. Y, “al no producirse sangrado se reinicia la tolerancia oral a ver si hay problemas o no”. Refiere que “la mañana del 26 exploré yo mismo al paciente” y, “al no apreciarse sangrado le expliqué la situación y mandé reiniciar la alimentación”. Insiste en que “la alimentación no es una causa de hemorragia recogida en la bibliografía”. Durante el trámite de audiencia, el interesado discrepa de estas explicaciones, pero no aporta ningún argumento médico que permita contradecirlas.

Por último, respecto a la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias el día 24 de junio de 2024, el reclamante considera que se ha producido “un retraso en el diagnóstico de la hemorragia que provocó el desenlace de tener que ingresar dos días después con una grave hemorragia”. Y afirma que “no se tuvieron en cuenta” las alteraciones analíticas que presentaba. Al respecto, el Instructor del procedimiento -Inspector de Prestaciones Sanitarias de la Administración del Principado de Asturias- explica en la propuesta de resolución que, en el informe clínico de alta del día 24 de junio, en el apartado “exploración física”, consta “lechos quirúrgicos con fibrina totalmente limpios sin sangrado ni coágulos”, por lo que, a su juicio, “en ese momento el alta es procedente”. Y considera que “el sangrado que ocurre 2 días después no guarda relación con la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias”.

Respecto a las alteraciones analíticas, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología señala que “la coagulación fue en todo momento normal”. Explica que, si un vaso de un cierto calibre está abierto, independientemente

del estado óptimo de la coagulación, se va a producir una hemorragia. Si tiene un pseudoaneurisma y se rompe, el estado de coagulación es indiferente, va a sangrar y la solución es mecánica (ligadura o tratamiento endovascular). Por otra parte, “es muy raro que una hemorragia posamigdalectomía se produzca por alteración de la coagulación”. Y subraya que, el paciente no presentaba alteraciones de la coagulación ni de la función hepática. Añade que, “las hemorragias diferidas, como en este caso, suelen deberse a que el coágulo que se forma de manera natural tras la cirugía se desprende del tejido de granulación”.

Frente a lo acreditado por la Administración sanitaria, el interesado se limita a presentar en el trámite de audiencia un escrito de alegaciones en el que reitera las manifestaciones contenidas en su reclamación, pero no aporta ninguna prueba que soporte sus imputaciones, ni acredita que “el desenlace de pseudoaneurisma no se pudiera haber evitado si se hubiera actuado conforme a la *lex artis*”, inutilizando así el procedimiento administrativo en tanto que, según reiterada jurisprudencia, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica.

Al respecto, conviene recordar que este órgano entiende, y así lo ha manifestado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 208/2021), que no es posible exigir a los profesionales sanitarios intervinientes un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza. Sobre este extremo, venimos reiterando (entre otros, Dictamen Núm. 137/2020) que lo exigible al servicio, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, constando que este es debidamente atendido, controlado e intervenido según su sintomatología y dentro de los tiempos habituales en este tipo de procesos. Revisado el proceso asistencial, comprendemos que el perjudicado haya podido experimentar sentimientos de incertidumbre, desazón o desosiego ante los diferentes episodios de sangrado

que sucedieron a la cirugía para extirparle las amígdalas. Pero, como acabamos de exponer, la atención dispensada en cada momento fue acorde a la clínica que presentaba. En este sentido, debemos subrayar que, en la primera visita al Servicio de Urgencias -17 de junio de 2024- se decidió su ingreso para vigilancia y fue intervenido para revisión por el sangrado, realizándose una hemostasia para detener la hemorragia. En el momento del alta, no tenía sangrado activo y presentaba buen estado general (folios 34 y 35 de la historia). El día 24 acude de nuevo al Servicio de Urgencias pero, únicamente refiere “dos esputos” sanguinolentos, sin otra sintomatología acompañante. Además, el facultativo observa en la exploración física lo siguiente: “lechos quirúrgicos con fibrina totalmente limpios, sin sangrado ni coágulos” y consta que había comentado el caso con el especialista (Otorrinolaringología) para decidir la actitud a seguir (folio 11 de la historia clínica). Por tanto, en este expediente los profesionales sanitarios brindaron una atención adecuada al estado que presentaba el paciente en cada momento, intentando dar una respuesta acorde a la gravedad de su condición.

Cabe señalar igualmente que, tras la embolización realizada en el Hospital “Y”, el paciente presentó buena evolución, encontrándose “asintomático” y con una exploración “normal” en la última revisión, por lo que se decide el alta el 8 de agosto de 2024 (folio 41 de la historia clínica).

En definitiva, el pseudoaneurisma de una arteria colateral constituye la materialización de una complicación que se encuentra descrita en la literatura médica e incluida en el consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de extirpación de las amígdalas firmado por el paciente, lo que, unido a la ausencia de signos que evidencien una actuación del personal facultativo contraria a la *lex artis ad hoc*, excluye la antijuridicidad del daño; sin que tampoco se haya acreditado una mala praxis durante el posterior seguimiento y tratamiento de las hemorragias que presentó el afectado

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

LETRADA ADJUNTA
A LA SECRETARÍA GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.