

Dictamen Núm. 19/2026

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 5 de febrero de 2026, 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 19 de noviembre de 2025 -registrada de entrada el día 24 del 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 quirúrgica de histerectomía total y doble salpingectomía.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 3 de octubre de 2024, una procuradora, que afirma actuar en nombre y representación de la interesada y bajo dirección letrada, presenta en el registro telemático de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -firmada por ambas profesionales- por los daños y perjuicios que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Exponen que, el 4 de octubre de 2023, la perjudicada fue sometida a una “histerectomía total y doble salpingectomía (...) tras habersele detectado

leiomiomas uterinos y un quiste compatible con endometrioma". El 6 de octubre de 2023, durante el posoperatorio, "sufre una rotura vesical, y hubo de ser intervenida de urgencia para reimplante del uréter izquierdo". También se le practicó "cistorrafia (sutura quirúrgica de la vejiga) y se le coloca un catéter doble J". El 29 de octubre de 2023 acudió a Urgencias "por dolor abdominal desde las intervenciones y fiebre", siendo diagnosticada de "una posible pielonefritis no complicada"; pero, finalmente, el 28 de diciembre es ingresada de nuevo por "pielonefritis aguda", presentando una sepsis urinaria por *Klebsiella pneumoniae*.

En síntesis, entienden que "no atender los diagnósticos de pielonefritis, dejar transcurrir el tiempo, solamente podría tener una consecuencia evitable y que así prueba el informe pericial adjunto: la agravación de la infección del riñón con la posibilidad de que tenga que ser extirpado este como consecuencia (de) la dejadez de los médicos, cuando la intervención principal se trataba de una extirpación del útero y las trompas de Falopio, del todo normal y practicada sin complicaciones en todos los centros médicos de España". Y destacan que, en el consentimiento informado para histerectomía, "en riesgos típicos no se menciona la pielonefritis ni ninguna acepción atinente a los riñones", por lo que consideran que "es del todo atípica la pielonefritis aguda" que padeció la paciente.

Por último, invocan la doctrina del daño desproporcionado, "al derivarse una afección grave con peligro de pérdida de un órgano vital como es el riñón".

Solicitan una indemnización de sesenta y cuatro mil ochocientos cincuenta y cinco euros con noventa céntimos (64.855,90 €), más los intereses legales correspondientes, por las secuelas derivadas de las intervenciones quirúrgicas realizadas, la agravación de su situación inicial y la pérdida de calidad de vida tanto física como psicológica.

Por medio de otrosí, interesan que se acuerde, en caso de que fuese necesario, "la ratificación y/o ampliación en lo que resulte oportuno de los informes emitidos" por los especialistas que firman el informe pericial y el de valoración de daños que aportan, suscritos con fechas 3 y 9 de julio de 2024, respectivamente.

Adjuntan copia de la escritura de poder para pleitos, otorgada ante notario el 16 de julio de 2025, diversa documentación médica relativa al proceso de referencia y un informe pericial, suscrito el 6 de julio de 2024 por un perito especialista en Medicina Legal y Forense y doctor en Neuropsiquiatría y por una perito especialista en Enfermería Legal y Forense.

2. Mediante oficio de 9 de octubre de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 7 de enero de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente y el informe elaborado, el 3 de enero de 2025, por el médico adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, con el visto bueno del Jefe de Servicio. Respecto a la utilización de la técnica de McCall durante la intervención, puntualizan que “la aplicación de dicha técnica quirúrgica no está directamente relacionada con las complicaciones posteriores que la paciente padeció” y subrayan que “es un procedimiento opcional” y que “no tiene impacto significativo en las tasas de complicaciones quirúrgicas agudas, como las ocurridas en su caso”. En cuanto al reproche de que no se realizó una cistografía intraoperatoria, aclaran que “este procedimiento no está indicado de forma rutinaria durante una histerectomía abdominal en ausencia de signos evidentes de daño vesical”. Por lo que se refiere a la lesión ureteral identificada, indican que “se consideran eventos raros pero conocidos” y aparecen recogidos en el consentimiento informado que firmó la paciente. Sobre la hematuria moderada que la reclamante presentó durante el posoperatorio, explican que “es un hallazgo frecuente y esperado tras una cirugía de este tipo (...) no fue un predictor claro de las complicaciones tardías observadas, que se diagnosticaron y trataron conforme a los protocolos clínicos establecidos”.

Defienden que “la decisión de otorgar el alta hospitalaria una semana después de la cirugía se basó en criterios clínicos objetivos que indicaban una evolución favorable”. Señalan que la ruptura de un quiste durante la cirugía “no obliga a un cambio en la estrategia quirúrgica ni representa complicaciones que requieran procedimientos adicionales”. Por último, en relación con la aseveración de que a la paciente se le desprendió el útero, manifiestan que “no existe evidencia que respalde dicha afirmación” y que “los resultados obtenidos en los órganos ginecológicos fueron acordes con los objetivos quirúrgicos planteados inicialmente”.

Con fecha 10 de enero de 2025, desde el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria IV, se remite el informe suscrito por el Director de la Unidad de Gestión de Urología el 30 de diciembre de 2024. Señala que el último control por parte de este Servicio se realizó “de manera telefónica, sin presentar sintomatología, con función renal normal”. Refiere que, en el tac de control realizado en mayo de 2024, se informa de “implante ureteral izquierdo en pared anterior vesical. No se observa dilatación de sistema pielocalicial izquierdo ni otras complicaciones. Sigue controles periódicos en Urología”.

4. Con fecha 18 de marzo de 2025, se registra de entrada un escrito -firmado conjuntamente por la abogada y la procuradora de la interesada-, por medio del cual señalan que ha transcurrido el plazo de seis meses sin que se haya notificado ninguna resolución, por lo que entienden que la reclamación ha sido desestimada. Solicitan “que se dicte la oportuna resolución o, en otro caso, a tenor de lo establecido en el artículo 24.4 de la Ley 39/2015”, se emita “certificado acreditativo del silencio producido”.

El 4 de abril de 2025, el Jefe de Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite el certificado solicitado.

5. Mediante oficio de 25 de junio de 2025, el Jefe de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo N.º 6 de Oviedo y al Servicio Jurídico del Servicio de

Salud del Principado de Asturias, respectivamente, sendas copias del expediente administrativo, al haberse interpuesto por la interesada recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

6. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 23 de julio de 2025, por una especialista en Ginecología y Obstetricia. En primer lugar, formula una serie de consideraciones médicas sobre los miomas uterinos, el sangrado menstrual abundante, la dismenorrea, el protocolo de la histerectomía, la hematuria, las complicaciones asociadas a la cirugía ginecológica, la ureteroneocisteostomía y la pielonefritis aguda. Tras analizar detalladamente los informes clínicos de la paciente, concluye que la asistencia prestada ha sido óptima y adecuada a la *lex artis ad hoc*. Explica que “las lesiones urológicas en las cirugías pélvicas mayores son plausibles y así aparecen reflejadas en el consentimiento informado para histerectomía. El diagnóstico de las mismas no siempre es evidente durante la cirugía, siendo en estos casos la observación de los síntomas junto con la exploración física y la analítica del posoperatorio inmediato las que alertan clínicamente, y que complementado con la tomografía axial computarizada (tac) permiten confirmar la sospecha clínica inicial, calificando la lesión de rotura vesical y lesión ureteral izquierda cuya exploración y tratamiento es quirúrgico”. En consecuencia, entiende que “el camino seguido hacia la determinación de la lesión (...) fue el adecuado según el curso natural y evolutivo de sus dolencias con los medios, pruebas e interpretaciones de las mismas, con la actuación de los profesionales antes, durante y después con los procedimientos que, según la literatura médica, son los convenientes para dicha afección, incluso atendiendo a las particularidades de la paciente, y ajustadas al protocolo de actuación”.

7. Mediante oficio notificado a la representante de la interesada el 8 de octubre de 2025, el Instructor le comunica la apertura del trámite de audiencia, por un

plazo de quince días, adjuntando una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 29 de octubre de 2025 se registra de entrada un escrito firmado por la procuradora de la reclamante, por medio del cual “se afirma y da por reproducidos cuantos hechos y fundamentos de derecho fueron formulados en el escrito que dio lugar al presente expediente, así como los documentos que se adjuntaron al mismo”.

8. Con fecha 3 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, en base a los informes médicos emitidos durante la instrucción del expediente por los Servicios implicados y en la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora de la Administración. Razona que, “en el presente caso, la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. La lesión urétero-vesical constituyó la materialización del riesgo típico del procedimiento descrito en el documento de consentimiento informado (se da en un 1-1,5 % de los casos de histerectomía). La cistografía intraoperatoria para identificar la lesión vesical no es un procedimiento que se realiza de forma rutinaria durante una histerectomía abdominal, si no existen signos evidentes de daño vesical”. Y con relación a la hematuria, indica que “una vez que se detectó la complicación y las posteriores que surgieron, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios para solucionarlas de forma satisfactoria”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de noviembre 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 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, 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 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 examinado, la interesada imputa al servicio público sanitario los daños y perjuicios derivados de la histerectomía que se le practicó el 4 de octubre de 2023, que precisó una segunda cirugía de urgencia realizada dos días después. También consta que padeció una pielonefritis izquierda que

requirió varios ingresos hospitalarios para tratamiento farmacológico en octubre y diciembre de 2023.

Sentado lo anterior, resulta claro que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el 3 de octubre de 2024 se ha presentado 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 del 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 ha 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.

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

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por

toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 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 la interesada solicita una indemnización por los daños y perjuicios que, entiende, se le han irrogado como consecuencia de una cirugía realizada en un hospital público.

En cuanto a la efectividad del daño, la documentación incorporada al expediente revela que la perjudicada fue sometida a una intervención de histerectomía con doble salpingectomía, durante la que se produjo una rotura vesical, por lo que es intervenida de urgencia dos días después, practicándole una cistografía, colocación de catéter doble J y reimplante ureteral. Consta, igualmente, que presentó varios episodios de pielonefritis que precisaron ingreso hospitalario. Por tanto, podemos dar por acreditada la realidad del daño alegado, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar del mismo, 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, *per se*, 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 en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye, básicamente, una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, automáticamente, 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 los conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la

jurisprudencia- responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

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

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes, en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, en esencia, una vulneración de la *lex artis*.

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).

De la documentación obrante en el expediente, se desprende que la paciente fue sometida el día 4 de octubre de 2023 a una histerectomía abdominal total y salpingectomía bilateral. Durante el posoperatorio, comienza con malestar general y, posteriormente, con hematuria. En las pruebas de imagen, se objetiva una rotura vesical y dudosa permeabilidad uretral, por lo que, el día 6 de octubre, se le practica de urgencia una cistorrafia y colocación de catéter doble J y reimplante ureteral. El posoperatorio es favorable y recibe el alta hospitalaria el 11 de octubre de 2023. Consta que, el día 27 de ese mismo mes, acude al Servicio de Urgencias aquejada de dolor abdominal, que localiza en fosa ilíaca izquierda y que se diagnostica como infección del tracto urinario “no complicada”, por lo que se pauta antibioterapia. El 29 de octubre acude de nuevo a Urgencias por el mismo proceso, de modo que se decide completar los estudios con un tac, cuyos hallazgos son sugestivos de “pielonefritis no complicada”, lo cual deriva en un nuevo ingreso para tratamiento con antibioterapia intravenosa y, ante la buena evolución, el 1 de noviembre se le da el alta con tratamiento hasta retirar el catéter doble J en la fecha prevista -7 de noviembre-. El 28 de diciembre vuelve a Urgencias hospitalarias por malestar general, disuria y hematuria, náuseas sin vómitos y fiebre de 39º C, presentando una pielonefritis izquierda que se trata con antibioterapia y fluidoterapia, siendo la evolución favorable.

En primer lugar, la reclamante sostiene que se ha producido una negligencia durante la cirugía realizada el 4 de octubre de 2023, con fundamento

en el informe pericial que aporta, en el que se pone de manifiesto, con base en una publicación especializada que refiere, que “la literatura médica sugiere que las lesiones ureterales y vesicales son prevenibles mediante técnicas quirúrgicas adecuadas. La necesidad de una cirugía de reparación dos días después de la histerectomía sugiere una técnica quirúrgica inadecuada o negligente”. Y añaden los peritos firmantes que “la identificación y movilización adecuada de los uréteres es crucial durante la histerectomía para evitar daños. De haberse realizado correctamente, el daño objetivado no se hubiera producido”.

Frente a ello, los especialistas que firman el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital indican que “según la evidencia científica actual (grado de evidencia B), las lesiones de los uréteres pueden no ser aparentes durante la cirugía, incluso si los mismos han sido visualizados perfectamente durante el procedimiento”. Estudios como el de Jelovsek *et al.* (2014, *Obstetrics & Gynecology*) subrayan que estas lesiones pueden ocurrir por mecanismos como migración térmica de energía utilizada en dispositivos quirúrgicos o por compresión fibrótica secundaria al proceso natural de cicatrización posquirúrgica”. Explican que este tipo de lesiones ureterales “se consideran eventos raros pero conocidos” y que aparecen recogidos en el consentimiento informado que firmó la paciente. Por su parte, la especialista en Ginecología y Obstetricia, que informa por cuenta de la compañía aseguradora, afirma que “las lesiones urológicas en las cirugías pélvicas mayores son plausibles y así aparecen reflejadas en el consentimiento informado para histerectomía”. Y, tras analizar paso por paso la cirugía realizada a la paciente llega a una conclusión similar al informe del Servicio, al considerar que “la lesión ureteral identificada podría haber ocurrido por la migración térmica de la energía utilizada de los dispositivos electroquirúrgicos”.

Pues bien, revisada la documentación remitida, constatamos que obra incorporado al expediente un documento de consentimiento informado para “histerectomía”, firmado por la reclamante el 4 de mayo de 2023, en el que se recoge, entre los riesgos típicos de esta cirugía, las “lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales”, así como la posibilidad de necesitar una “reintervención

quirúrgica". Al respecto, hemos señalado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 287/2020), que la consignación de un riesgo típico en el consentimiento informado que se somete al conocimiento del paciente no excluye, *per se*, la antijuridicidad del daño, toda vez que es preciso analizar si la materialización de esa complicación es consecuencia de una mala praxis del personal sanitario o es ajena al funcionamiento del servicio. Sin embargo, en el caso analizado, la interesada no aporta ninguna prueba que demuestre la comisión de un error durante el acto quirúrgico. Su tesis descansa sobre la pericial aportada por dos facultativos que no son especialistas en la materia, sino en Medicina Legal y Forense y Neuropsiquiatría y en Enfermería Legal y Forense, respectivamente, lo que, ante la complejidad del caso, no es suficiente para enervar las explicaciones ofrecidas por los facultativos del Servicio implicado y la perito de la compañía aseguradora -todos ellos especialistas en Ginecología- que coincidan en señalar, como causa más probable, la lesión indirecta como consecuencia del calor de un instrumento quirúrgico. Apoya esta tesis el informe de Cirugía, en el que se recoge que la intervención se desarrolló de forma normal, sin incidencias durante la misma (folio 264 de la historia clínica), lo que concuerda con lo señalado por la perito de la compañía aseguradora, en el sentido de que el diagnóstico de estas lesiones no siempre es evidente durante la cirugía, sino que se manifiestan con posterioridad, tal y como aconteció en este caso.

Por tanto, la técnica quirúrgica empleada durante la histerectomía fue adecuada a la *lex artis*, resultando que la lesión urológica es una complicación descrita en la literatura científica, como riesgo asociado a este tipo de cirugías pélvicas, y así se recoge en el consentimiento informado que se sometió a conocimiento de la paciente.

Sobre el reproche de la falta de realización de la culdoplastia de McCall durante la histerectomía que se llevó a cabo el 4 de octubre de 2023, en el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, se explica que "es un procedimiento opcional que tiene como objetivo principal disminuir el riesgo de prolapso de cúpula vaginal a largo plazo tras una histerectomía (...)

pero no tiene impacto significativo en las tasas de complicaciones quirúrgicas agudas, como las ocurridas en su caso”. Además, “su aplicación queda a criterio del cirujano basándose en las características anatómicas y en contexto clínico de la paciente en el momento de la intervención, y que se escogieron por experiencia y evidencia científica”. Por tanto, “la ausencia de esta técnica en su procedimiento no constituye una omisión ni está relacionada causalmente con las complicaciones observadas”. Lo mismo opina la especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, quien reitera el carácter “opcional” de esta técnica. Al respecto, cabe señalar que, “en las revisiones posoperatorias realizadas, se constató una evolución adecuada de la cúpula vaginal, sin signos de prolapso ni otras complicaciones relacionadas”; de modo que tampoco existe evidencia que respalde la afirmación de “desprendimiento del útero” después de la intervención, a la que apuntan en el escrito de reclamación.

También los peritos de la parte reclamante reprochan que no se realizase a la paciente una cistoscopia “para asegurar la indemnidad de los uréteres después de la histerectomía abdominal que se le practicó y que (...) tuvo como consecuencia una damnificación del uréter izquierdo”. En el informe pericial se afirma que “la adecuada identificación y movilización de los uréteres durante la histerectomía es crucial para evitar daños. La cistoscopia intraoperatoria es una técnica recomendada para la detección y manejo inmediato de lesiones, permitiendo una corrección oportuna”. Sobre esta cuestión, desde el Servicio de Ginecología aclaran que “no se realizó una cistografía intraoperatoria para identificar la lesión vesical”, dado que “no está indicado de forma rutinaria durante una histerectomía abdominal en ausencia de signos evidentes de daño vesical. Según las guías clínicas actuales (grado de evidencia B), como las publicadas por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2019), la realización de pruebas diagnósticas intraoperatorias adicionales se reserva para casos en los que exista sospecha clínica o hallazgos que sugieran una lesión urinaria durante el procedimiento”. Advierten que, en esta paciente, “no se observaron signos macroscópicos de lesión vesical durante la intervención inicial”. Y, en todo caso, defienden que “la lesión fue diagnosticada y tratada de

manera oportuna, una vez identificada en el posoperatorio, demostrando la correcta actuación (del) equipo quirúrgico y asistencial”.

Sobre la hematuria moderada que la reclamante presentó durante el posoperatorio, desde el Servicio de Ginecología del Hospital precisan que “es un hallazgo frecuente y esperado tras una cirugía de este tipo (...) la hematuria en el contexto de cirugías pélvicas mayores no siempre debe ser interpretada como un signo de complicación grave./ Este fenómeno se asocia frecuentemente a la manipulación quirúrgica normal de tejidos ricos en vascularización y su resolución suele ser espontánea”. Por tanto, en este caso “no fue un predictor claro de las complicaciones tardías observadas, que se diagnosticaron y trataron conforme a los protocolos clínicos establecidos”. Y, en cuanto a la ruptura de un quiste durante la cirugía, puntualizan que “este tipo de formaciones son benignas y fisiológicas y su presencia o ruptura no obligan a un cambio en la estrategia quirúrgica ni representan complicaciones que requieran procedimientos adicionales”.

En suma, detectada la lesión ureteral, se pusieron a disposición de la paciente los medios adecuados para tratar esta complicación, practicándose una cirugía urgente, dado que el tratamiento indicado en este tipo de lesiones ureterales consiste en “la recanalización y reimplantación ureteral tras la detección del problema”, con el fin de “garantizar la función urinaria y evitar secuelas”, explican los especialistas del Servicio implicado, quienes señalan que “tras la cirugía reparativa las alteraciones renales mejoraron paulatinamente reestableciéndose parámetros dentro de la normalidad en el contexto del cuadro acontecido”. Estiman que se actuó, por tanto, con premura y sin dilaciones indebidas, siguiendo las recomendaciones que establecen las guías clínicas y que, además, “los resultados obtenidos en los órganos ginecológicos fueron acordes con los objetivos quirúrgicos planteados inicialmente”.

También se reprocha en la reclamación que se le dio el alta “tan solo una semana después de haber sufrido dos intervenciones quirúrgicas de órganos quasivitales e importantísimos, cuando la paciente todavía aquejaba dolores”. Pues bien, a la vista de los datos que figuran en la historia clínica, los

especialistas del Servicio de Ginecología aducen que la afectada “se encontraba afebril, con tensión arterial dentro de los límites normales, y presentaba un apósito limpio sobre una herida quirúrgica de buen aspecto, acorde con el posoperatorio acontecido. Tanto el equipo médico como el de enfermería calificaron su evolución como de bajo riesgo de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica. Además, la analítica realizada antes del alta mostró reactantes de fase aguda en descenso y valores hematológicos dentro de los parámetros posoperatorios normales”. En este contexto, concluyen que “el alta hospitalaria permitió minimizar los riesgos inherentes a una estancia prolongada sin comprometer la seguridad de la paciente, siguiendo los estándares internacionales y nacionales de buena práctica clínica”.

Respecto al seguimiento posterior, la reclamante denuncia, en primer lugar, que no se hizo nada “para paliar el aumento” del quiste aneural que presentaba desde el mes de octubre. Al respecto, el Servicio de Ginecología indica que, “en las ecografías de control se objetivaron nuevas formaciones anexiales que presentaban un bajo *score* en las escalas ORADS y GIRADS, lo que indica una probabilidad extremadamente baja de malignidad y cuya gestión adecuada implica un seguimiento periódico sin necesidad de intervención quirúrgica. Además, la ecografía prequirúrgica tampoco mostró hallazgos anexiales relevantes que indicaran la necesidad de tratar los ovarios de manera invasiva./ Por lo tanto, las decisiones tomadas durante el procedimiento y en el seguimiento posterior estuvieron plenamente justificadas y alineadas con las mejores prácticas clínicas”. En términos similares, se pronuncia la especialista que informa por cuenta de la compañía aseguradora, quien afirma que el abordaje de las formaciones anexiales con bajo grado de malignidad es “expectante”, recomendándose únicamente tratamiento quirúrgico “en casos concretos de endometriosis con sintomatología grave, tras fracaso de tratamiento médico o endometriomas de gran tamaño”, lo que no se correspondía con el caso de la paciente. Por todo ello, estima que “la conducta clínica llevada a cabo durante la cirugía y posterior seguimiento se ajustan a la práctica clínica habitual”.

En cuanto a los episodios de pielonefritis, denuncia la reclamante que, en el consentimiento informado para histerectomía, “en riesgos típicos no se menciona la pielonefritis ni ninguna acepción atinente a los riñones”, por lo que considera que “es del todo atípica la pielonefritis aguda” que padeció. Pues bien, en primer lugar, debe señalarse que, según consta en el informe pericial de la compañía aseguradora, la pielonefritis “es una infección del parénquima renal y la orina del tracto urinario superior”, de carácter frecuente cuando se ha producido una lesión ureteral. Debemos recordar que, en el consentimiento informado para “histerectomía” que firmó la interesada, se enumera, entre los riesgos típicos, el de “infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...)”. Por tanto, no se trata de una complicación ajena al proceso, sino de una manifestación clínica concreta de un riesgo típico, debidamente informado, como es la infección urinaria, sin que el consentimiento informado deba detallar de forma exhaustiva todas y cada una de las posibles expresiones nosológicas de dicho riesgo, siendo suficiente -como ocurre en el presente caso- la información clara y comprensible del riesgo susceptible de materializarse. Al respecto, según viene señalando el Tribunal Supremo (Sentencia de 26 de junio de 2018 -ECLI:ES:TS:2018:2444-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), “la información previa al consentimiento ha de ser específica de la intervención a practicar y (...), si bien debe comprender una indicación de los riesgos que se pueden producir y de las alternativas posibles, no necesariamente tiene que abarcar todos y cada uno de los riesgos ni todas y cada una de las alternativas posibles. En definitiva, que ha de estarse al caso concreto y no incurrir en excesos informativos innecesarios y, en ocasiones, contraproducentes”.

Por lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de dicha patología, la perito que informa por cuenta de la compañía aseguradora explica que “el tratamiento de la infección del tracto urinario inferior y de la pielonefritis aguda simple sin signos de gravedad es ambulatorio y se basó en antibioterapia de inicio precoz para reducir el riesgo de sufrimiento parenquimatoso y/o de la cicatriz renal, siendo primero probabilístico/empírico, una vez recogida la

muestra de orina para cultivo, recomendando la reevaluación a las 48-72 horas para la adaptación del tratamiento en caso de evolución no favorable, según los mismos criterios que en la pielonefritis no complicadas". En el caso analizado, consta que el 27 de octubre la paciente presenta clínica compatible con infección del tracto urinario, pautándose antibioterapia, y que dos días después, ante el empeoramiento clínico, se completan estudios mediante la realización de un tac, decidiéndose ingreso hospitalario, ya que, según "las guías se debe indicar hospitalización en las pielonefritis obstructivas, en caso de duda diagnóstica o en cuanto al cumplimiento terapéutico, condiciones socioeconómicas desfavorables o presencia de vómitos que hacen imposible el tratamiento vía oral, tal y como se advirtió" en este caso. Administrada la antibioterapia, y ante la evolución clínica favorable -con desaparición de la fiebre y los síntomas en las siguientes 72 horas- se procedió al alta hospitalaria. Al respecto, la especialista de la compañía aseguradora señala que "la hospitalización no debe ser sistemática si no existen signos de gravedad, debiendo considerar entonces los elementos que conducen a una hospitalización en pielonefritis simples, como en nuestro caso, la presencia de vómitos que impide la tolerancia vía oral, tal y como se procedió en el caso en cuestión". En consecuencia, la actuación seguida con la paciente fue adecuada y acorde a los signos y síntomas que presentaba en cada momento, se realizaron los estudios necesarios para llegar al diagnóstico, se realizó antibiograma -extremo este también cuestionado por la reclamante- y se pautó tratamiento acorde a la patología que presentaba. El mismo protocolo se siguió cuando se repitió el episodio de pielonefritis en diciembre de 2023, si bien la estancia hospitalaria fue más prolongada.

Por último, el Director de la Unidad de Gestión de Urología, en el informe librado el 30 de diciembre de 2024, señala que el último control por parte de este servicio se realizó "de manera telefónica, sin presentar sintomatología, con función renal normal". Refiere que, en el tac de control realizado en mayo de 2024, se informa "implante ureteral izquierdo en pared anterior vesical. No se observa dilatación de sistema pielocalicial izquierdo ni otras complicaciones. Sigue controles periódicos en Urología". En efecto, en la historia clínica de la

paciente se recoge la consulta telefónica del día 12 de junio de 2024, con el resultado del tac de abdomen realizado en mayo, anotándose -tras la entrevista telefónica con la paciente- el comentario de “sin novedades”. Por tanto, en la actualidad, la interesada se encuentra estable, siendo el curso analítico y las pruebas de imagen normales, sin que ninguna prueba o informe mencionen la potencial pérdida del riñón, a la que alude en su escrito de reclamación inicial.

En definitiva, todas las imputaciones y reproches formulados por la reclamante han encontrado puntual respuesta en las explicaciones técnicas y detalladas sobre la asistencia prestada, ofrecidas por los Servicios de Ginecología y de Urología del Hospital y por la especialista en la materia que informa por cuenta de la compañía aseguradora, frente a las cuales, la interesada se limita a presentar, en el trámite de audiencia conferido al efecto, un escrito de alegaciones en el que da por reproducidas las manifestaciones contenidas en su escrito inicial, sin aportar ningún elemento nuevo que permita rebatir las explicaciones ofrecidas por los especialistas en la materia. Al respecto, debemos recordar 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.

Por tanto, a la vista de la documentación médica disponible, concluimos que la rotura vesical y la lesión ureteral constituyen la materialización de una complicación, que se encuentra descrita en la literatura médica e incluida en el consentimiento informado para la histerectomía -firmado por la paciente- como “lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales”, al igual que la pielonefritis -patología subsumible en la complicación descrita como infección urinaria-, lo que, unido a la ausencia de signos que evidencien una actuación del personal facultativo contraria a la *lex artis ad hoc*, determina que la pretensión resarcitoria no puede prosperar.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en

consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo del presente dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por”

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

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.