

Dictamen Núm. 33/2026

**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 19 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 12 de diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 19 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños derivados de una mala praxis, en el marco de la intervención quirúrgica a la que fue sometida, y en el consiguiente posoperatorio.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** El día 29 de enero de 2025, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito por el que interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados de una mala praxis, en el marco de la intervención quirúrgica a la que fue sometida, y en el consiguiente posoperatorio.

Expone que “llevaba desde el año 2022 presentando unos abundantes sangrados desde su aparato reproductor, siendo diagnosticada de un mioma en el útero, quedando citada para ser intervenida quirúrgicamente” en el Hospital ....., “operación que se produciría el 15 de mayo de 2024. (...) es importante poner de manifiesto que (...) lleva años diagnosticada de anemia ferropénica, escoliosis, bloqueo de mandíbula y también intolerancia al fármaco dextrometorfano (...). En el momento de ser trasladada al Servicio de Ginecología el día 14 de mayo de 2024, un día antes de la operación (...) presentaba unos valores de ‘hierro en 27’ y de ‘hemoglobina 12’./ El personal médico del centro hospitalario, a la hora de practicar la operación quirúrgica, no tuvo en consideración que (...) arrastra desde hace años aquella anemia ferropénica, lo cual consta en su historial médico, enfermedad que favorece y agrava la pérdida de sangre; por lo que era un dato a tener muy en cuenta a la hora de intervenir quirúrgicamente (...) también está diagnosticada de escoliosis, dolencia que también era imprescindible tener en cuenta a la hora de elegir el tipo de anestesia a suministrarle”.

Explica la afectada que “es trasladada al quirófano a las 12:00 horas del 15 de mayo de 2024 y (...) la ginecóloga le espetó ‘esta operación no te va a solucionar tu problema’ (...). Durante la intervención quirúrgica (...) le extraen un pólipo y, sorprendentemente, la cirujana decide (...) no extraer el mioma (que, recordemos, era la dolencia por la que se había decidido programar y practicar la operación quirúrgica)”.

Señala que, “respecto a la anestesia aplicada, es preciso desatacar dos cuestiones que evidencian la deficiente practica anestésica ejecutada”. Por una parte, indica que se aplicó raquianestesia, “pese a ser un tipo de anestesia que no era precisa para el tipo de operación quirúrgica a la que se iba a someter (...) debido al carácter sumamente invasivo de dicha anestesia”. Y, por otra parte, precisa que, para esa anestesia “recibió dos pinchazos (...), pese a que la anestésista (...), posteriormente, para tratar de ocultar su deficiente praxis,

reflejó en los informes médicos: 'punción sin incidencias'./ Esa deficiente práctica anestésica le provocó (...) una afectación del nervio raquídeo".

Refiere que, "una vez intervenida, (...) es trasladada a la Unidad de Reanimación y allí vive unos momentos de trato falto de humanidad, pues (...) se despierta con unos fuertes dolores en la espalda y con unos alarmantes niveles de tensión arterial desplomada, situada en 7-4 pero llegando a colocarse incluso en 4-4, con riesgo para su vida./ Debido a ese estado de tensión arterial (...) se encontraba tiritando, con baja temperatura corporal y un fuerte malestar general, que le provocaba un estado generalizado de temor por su vida./ Del pobre estado en que se encontraba (...) fue testigo directo otra paciente que en ese momento se encontraba junto a ella, la cual será identificada y citada a declarar como testigo en el momento procesal oportuno (...) también presentaba un extrañísimo dolor en el 4.º dedo de su mano izquierda./ Pese a que (...) rogaba ayuda al personal sanitario que allí se encontraba, demandando una manta de calor para intentar subir su temperatura corporal y que también le administraran algún tipo de fármaco para los fortísimos dolores de espalda y en su 4.º dedo (...), el personal allí presente hizo caso omiso a sus peticiones, manteniendo una actitud de desidia y falta de preocupación". Manifiesta que, cuando por fin el personal médico de Reanimación la atendió, "le administraron 'Nolotil', un fármaco analgésico que está totalmente desaconsejado para niveles de tan bajísima tensión arterial./ En cambio, no le administraron en un primer momento los sueros necesarios para recuperar a unos niveles normales de tensión arterial (...) tampoco se le aplicó profilaxis tromboembólica, pese a cursar con un cuadro pos-punción tras la operación quirúrgica, y tampoco se le suministró sangre, pese a experimentar sangrado no solo antes de la operación quirúrgica, sino también en el propio quirófano e incluso tras ser trasladada a Reanimación./ Tampoco se le aplicó profilaxis antibiótica", sometiendo a la reclamante "al riesgo de una infección, como luego ocurrió efectivamente". Refiere que la cirujana que la intervino llegó a pedir "explicaciones al personal sanitario allí presente, instándoles a que (...) fuera trasladada a un box, a lo

que las enfermeras hicieron caso omiso./ Tras aplicarle sueros glucosados, decidieron trasladar (a la paciente) al 'hospital de día', pese a que su estado de salud no recomendaba ese tipo de decisión y que (...) todavía no había orinado y, por tanto, no había eliminado los restos de anestesia./ Justo antes de trasladarla al 'hospital de día', una de las enfermeras de Reanimación se acercó al monitor al que había estado conectada (...) y pulsó el botón *delete*, borrando así los valores de monitorización que se habían ido registrando./ Práctica que nunca se debe hacer". Añade que "apenas permaneció unas horas en el 'hospital de día', pues se le dio el alta hospitalaria a última hora de la tarde del mismo 15 de mayo".

Mantiene que, "en definitiva, como consecuencia tanto de la deficiente ejecución de la operación quirúrgica como del consecuente trato durante la estancia hospitalaria (...) ha sufrido unos daños y perjuicios que es imprescindible que sean resarcidos:/ a) (...) continúa con un mioma en el interior de su útero, pues, por razones que se desconocen, no le fue extirpado durante la intervención quirúrgica a la que se sometió el 15 de mayo de 2024. Es decir, no la han operado realmente lo que la tenían que operar y para lo que se había puesto en manos de los doctores./ b) (...) ha sufrido durante la intervención quirúrgica un esguince en su 4.º dedo izquierdo, que al ser totalmente desatendido, ha derivado en un 'marcado engrosamiento hipoecogénico capsulo-ligamentoso de la banda lateral interna a nivel de la articulación interfalángica proximal del 4.º dedo que sugiere lesión ligamentosa o capsulitis'./ c) (...) sufrió un cuadro de infección de orina como consecuencia de la no aplicación de profilaxis antibiótica durante su estancia hospitalaria./ d) (...) tiene seriamente dañado su nervio raquídeo como consecuencia directa de la intervención quirúrgica del 15 de mayo de 2024. Ello determina que, incluso a día de hoy, presente 'dolor lumbar con irradiación hacia pierna derecha de características neuropáticas que impresiona secundario a procedimiento anestésico'. Apreciándose también 'signos de daño axonal subagudo S1 derecho'./ Es decir, el procedimiento anestésico (no solo uno, sino dos

'pinchazos' en la zona lumbar) unido al deficiente trato posterior a la operación, ha causado ese dolor lumbar irradiado (...) a día de hoy, no se ha recuperado de ninguno de esos daños físicos”.

Cuantifica la indemnización reclamada en un total de treinta mil quinientos veinticuatro euros con noventa y seis céntimos (30.524,96 €).

Adjunta a su escrito copia de diferentes informes médicos relativos al proceso de referencia, de los consentimientos informados y de varios escritos de quejas presentados.

**2.** Mediante oficio de la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, de 11 de febrero de 2025, se pone en conocimiento de la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de instructora, así como su régimen de recusación y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 6 de marzo de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria VII le remite la historia clínica de la paciente y los informes de los Servicios de Obstetricia y Ginecología y de Anestesiología del Hospital .....

El informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, tras presentar una serie de antecedentes médicos relativos a la paciente, expone que esta “es conocida de este Servicio desde hace años por irregularidades menstruales intercaladas con periodos de reglas normales, abundante el 2.º día, con ferropenia sin anemia, o anemia leve en alguna analítica, siguiendo tratamiento ambulatorio con hierro oral rechazando el diu hormonal propuesto. En el curso de las revisiones se diagnosticó un pequeño pólipo endometrial y un pequeño mioma por lo que se propuso extirpación del pólipo por histeroscopia./ El mioma diagnosticado es un hallazgo incidental, pequeño, de localización que no justifica alteraciones menstruales y que no es accesible por histeroscopia. Por

ese motivo no precisa tratamiento alguno ni se le ha propuesto en ningún momento su extirpación./ El día 15 de mayo de 2024 se extirpó el pólipo por vía histeroscópica bajo anestesia locorregional sin incidencias ginecológicas. Era la intervención programada y sobre la que la paciente estaba informada. El objetivo de la intervención no era la extirpación del mioma./ Por otra parte, es una intervención que no precisa profilaxis tromboembólica ni antibiótica y así viene recogido en diferentes guías clínicas. Por ese motivo, no se administró dicha profilaxis. Reseñar, en cualquier caso, que el mal estado general que presentó a los 15 días de la intervención se etiquetó de infección urinaria pero no se confirmó en el urinocultivo./ Asimismo, en cuanto a la necesidad de 'poner sangre', es obvio que una paciente que presenta cifras de hemoglobina entorno a la normalidad (12 g/dl) no es candidata a transfusión sanguínea. Las pérdidas sanguíneas que presentó son las normales en este tipo de intervención, escasas y diluidas en el suero fisiológico empleado./ Por último, es habitual el traslado de Reanimación al Hospital de Día en espera de realizar micción espontánea y probar tolerancia en dicha Unidad antes del alta hospitalaria por nuestra parte. En cualquier caso, consta que la paciente realizó micción en Reanimación./ En las revisiones posteriores en consulta externa, se prescribió progesterona natural micronizada (Progeffik) con la intención de mejorar el sangrado abundante del 2.º día de regla que presenta la paciente. Es erróneo el concepto que se menciona en la reclamación sobre su uso en 'supuesto de menopausia o planificación familiar'. La progesterona tiene múltiples indicaciones, entre ellas (la de) corregir sangrados anormales./ El episodio de dolor abdominal del 31-1-24 fue valorado" por el facultativo especialista de área del Servicio de Urgencias. Es "el proceder oportuno en la asistencia a los procesos de urgencia y, en función del criterio de dicho Servicio, se solicita o no la valoración por el resto de especialidades. Reseñar que la paciente había sido valorada en consulta de ginecología 8 días antes y nada hacía sospechar que hubiera cambios que precisaran del examen por parte de la ginecóloga de guardia, como se confirmó posteriormente./ En conclusión, y

como respuesta sobre la atención ginecológica mencionada en el apartado quinto de la reclamación, la paciente (...) se intervino el 15 de mayo de 2024 de lo que realmente estaba previsto (extirpación de un pólipo endometrial por histeroscopia) y no se puede achacar la posible infección urinaria posterior (no confirmada en urinocultivo) a la falta de profilaxis antibiótica en una intervención para la que no está indicada./ Respecto a la persistencia de sangrados anormales, reseñar que la paciente sigue atendida en la consulta externa de Ginecología y se le ha propuesto diferentes opciones conservadoras (diu hormonal o tratamiento hormonal con gestágenos)".

El informe del Servicio de Anestesiología señala que "1. La indicación del tipo de anestesia que se requiere para un procedimiento es criterio de un facultativo especialista de Anestesiología y Reanimación./ 2. La escoliosis en sí misma no es una contraindicación para realizar una punción intradural o raquianestesia./ 3. El consentimiento informado para anestesia firmado por la paciente refleja que la anestesia locorregional puede provocar 'dolor de espalda de corta o larga duración (más en relación con la postura quirúrgica que derivada de la técnica anestésica)'./ Se ha podido comprobar que (la paciente), en un informe de resonancia magnética lumbar del 31 de octubre de 2024 (estudio realizado el 15 de octubre de 2024), presenta 'ligeros signos de artrosis interfacetaria posterior en segmentos bajos, en L4-L5 y L5-S1', una dolencia crónica y degenerativa, asociada a la edad, cuyas consecuencias en este caso concreto son compatibles con los 'signos de daño axonal subagudo S1 derecho' y por tanto con su 'dolor lumbar irradiado hacia pierna derecha de características neuropáticas'./ La punción intradural que se realizó el día 15 de mayo de 2024 es improbable que tenga que ver con la causa de dicho dolor en concreto ya que se realizó en la altura intervertebral L3-L4 y por tanto en diferente localización anatómica./ 4. Su antecedente de anemia ferropénica, tras comprobar que estaba debidamente tratada con un suplemento de hierro oral, sí se tuvo en cuenta porque se decidió realizar un hemograma de control el día previo al procedimiento quirúrgico para verificar de forma reciente la cifra

de hemoglobina que presentaba la paciente. En todo caso las histeroscopias quirúrgicas están catalogadas como un procedimiento de bajo riesgo hemorrágico./ Una transfusión de sangre es necesaria cuando una persona tiene una anemia severa o en hemorragias importantes secundarias a cirugías de alto riesgo hemorrágico o como consecuencia de traumatismos o accidentes graves y siempre debe ser un médico quien evalúe la situación para determinar si una transfusión está indicada ya que se trata de una terapia no exenta de complicaciones y riesgos./ 5. En la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) las constantes y el estado clínico de los pacientes son monitorizados de forma estrecha y para ser dado de alta a planta de hospitalización o a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria se deben cumplir unos criterios mínimos reflejados en la escala de Aldrete, una herramienta en forma de test utilizada en el ámbito sanitario para evaluar la recuperación de los pacientes después de un procedimiento anestésico. Se basa en cinco criterios: actividad motora, respiración, circulación (incluyendo cifra adecuada de tensión arterial), nivel de conciencia y oxigenación. Cada criterio se puntúa de 0 a 2 y una puntuación por encima de 9 indica que el paciente está estable y listo para ser dado de alta. (La paciente) fue dada de alta de la URPA con una puntuación de 10 en dicha escala./ 6. La profilaxis farmacológica de la enfermedad tromboembólica perioperatoria no estaba indicada en este caso, ni por los factores dependientes de la paciente (no cumplía criterios de edad avanzada, presencia de cáncer, obesidad, trombofilia congénita o adquirida o historia previa de trombosis venosa) ni por las características del propio proceso quirúrgico, dado que la histeroscopia es un procedimiento de corta duración y ambulatorio./ 7. Respecto a la lesión en el 4.º dedo de su mano izquierda (...) el riesgo de una lesión de este tipo dentro de quirófano es altamente improbable, dado que en una anestesia raquídea la paciente está consciente y mantiene sensibilidad de sus extremidades superiores y por tanto un traumatismo o daño en su mano izquierda hubiera sido advertido en dicho momento”.

4. A continuación, obran incorporados al expediente dos informes periciales promovidos por la compañía aseguradora de la Administración.

El primero de ellos, librado el 3 de julio de 2025 por una especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor concluye, tras un pormenorizado y documentado análisis de la historia clínica y del proceso asistencial, que “consta en historia clínica el consentimiento informado de Anestesiología firmado por (la paciente) en forma y fecha (...). Queda acreditado que en dicho consentimiento informado consta como riesgo inherente a la técnica la aparición de dolor de cabeza, dolor de la zona de punción y lesiones neurológicas (...). No se puede considerar negligente la materialización de un riesgo posible, del que la paciente tenía conocimiento previo y había asumido y aceptado; tal y como queda acreditado en el consentimiento informado”. Señala que, en pacientes sanas “no se ha demostrado superioridad de ninguna técnica anestésica para la realización de histeroscopias” y que la combinación de “anestesia intradural y sedación propuesta y realizada (...) es adecuada, y acorde a la literatura científica actual (...). Queda acreditado que, siguiendo las guías clínicas de administración de hemoderivados y las de la Sociedad Española de Ginecología, no había indicación de reserva de concentrados de hematíes para la cirugía que se le realizó (...). Atendiendo a las recomendaciones de las principales sociedades científicas y guías de actuación clínica tanto nacionales como internacionales (Sociedad Española de Ginecología, Sistema Nacional de Salud Español y Organización Mundial de la Salud), la histeroscopia es considerada una cirugía limpia y, como tal, no tiene indicación de profilaxis antibiótica preoperatoria (...). Durante el intraoperatorio se cumplieron las recomendaciones de monitorización mínima exigible para la realización de anestesia intradural según la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (...). La técnica de anestesia intradural realizada (...) es adecuada, y acorde a las recomendaciones científicas actuales, no encontrando indicio de fallo o error en su ejecución”. La paciente “permaneció estable hemodinámica y respiratoriamente durante la

intervención, sin que se produjera ninguna incidencia o complicación anestésica (...). Queda acreditado que (...) permaneció en la Unidad de Reanimación y Hospital de Día monitorizada, vigilada, con adecuado control de sus constantes y del dolor posoperatorio (...). Queda acreditado que (...) había recuperado todas las funciones abolidas por la anestesia intradural administrada y que cumplía los criterios internacionalmente reconocidos de alta domiciliaria (escala de Aldrete) antes de ser dada de alta". La intervenida "sufrió un cuadro de cefalea, mareos y dolor lumbar en el posoperatorio que fue consultado a varios especialistas (...). La historia clínica relatada por (la paciente) a los distintos especialistas varía a lo largo de los meses posoperatorios (...). Consta en historia clínica inicio de dolor irradiado a miembro inferior derecho desde septiembre de 2024, posteriormente referido desde el posoperatorio inmediato en mayo de dicho año (...). En octubre de 2024 (...) es diagnosticada mediante electromiografía de daño axonal S1 derecho subagudo (...). Queda acreditado que no se cumple criterio cronológico y/o de temporalidad para afirmar que la anestesia intradural sea la causa de la lesión neurológica (...). Teniendo en cuenta que la anestesia intradural administrada (...) se realizó en el espacio L3-L4, tampoco se cumple criterio topográfico o anatómico para poder afirmar que la anestesia intradural fuera la causa de dicho daño axonal (...). No se cumple el criterio de integridad previa", pues la afectada "presentaba signos degenerativos en la columna vertebral. La artrosis degenerativa es una de las principales causas de compresión radicular". Finalmente, refiere que la reclamante "fue intervenida bajo anestesia intradural, es decir, que la parte del cuerpo que se hallaba ausente de sensibilidad era de cintura para abajo. La medicación que se administró para la sedación carece de efectos analgésicos, es hipnótica, utilizada para inducir sueño y sedación. Por lo que una lesión que cause un esguince del ligamento longitudinal externo de un dedo, habría sido percibido como doloroso por parte de la paciente; cosa que no sucedió".

El segundo informe, de fecha 13 de agosto de 2025, lo suscribe una especialista en Obstetricia y Ginecología. En el apartado de conclusiones,

mantiene que “la histeroscopia estaba indicada por pólipo endometrial y sangrado uterino anormal./ Consta consentimiento informado para la intervención./ No se extirpó el mioma que portaba porque por su localización no justificaba la sintomatología y no es accesible mediante histeroscopia (...). La frecuencia de infección tras una histeroscopia es muy baja, por lo que no está indicada la profilaxis antibiótica rutinaria (...). En relación con la profilaxis de enfermedad tromboembólica, se trataba de una paciente con riesgo bajo: edad entre 41-60 años con cirugía menor/cirugía de duración inferior a 45 minutos y, por tanto, sin indicación de profilaxis tromboembólica farmacológica (...). No había indicación de transfusión sanguínea, puesto que en el preoperatorio presentaba anemia leve, y no se produjo durante la intervención una pérdida aguda de sangre severa (...). La paciente recibió un control posoperatorio según recomendaciones actuales y fue dada de alta cumpliendo los criterios establecidos para ello”. Añade que la reclamante “acude a Urgencias por malestar general el 01-06-2024, siendo diagnosticada de infección del tracto urinario por alteraciones en el sedimento de orina, que no se confirmó con el cultivo de orina (...). El dolor en el 4.º dedo de la mano izquierda, con prueba de imagen compatible con esguince de ligamento longitudinal externo, no está relacionado con la histeroscopia (...). Tras la intervención (...) es valorada en varias ocasiones por dolor abdominal, descartándose patología ginecológica en todas ellas (...). Con respecto al dolor lumbar que la paciente manifiesta tras la intervención, no existe relación entre el dolor lumbar que presenta y la histeroscopia. Tampoco impresiona relacionado con la anestesia raquídea, aunque no es competencia de este perito su valoración”.

**5.** Mediante oficio notificado a la interesada el día 14 de octubre de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

El día 16 del mismo mes, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones, en el que se remite a lo ya expuesto en su escrito inicial. Asimismo, reitera la solicitud de la incorporación al expediente del contrato de trabajo que la vinculaba con el Sespa y las nóminas correspondientes al periodo comprendido entre abril de 2024 y enero de 2025.

**6.** Con fecha 28 de octubre de 2025, la Instructora procede a “denegar las pruebas solicitadas”, al considerarlas “innecesarias para la resolución del expediente”.

**7.** Fechada a 11 de noviembre de 2025, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, fundamentado en lo contenido en los informes de los servicios intervinientes, así como en las periciales emitidas a instancias de la empresa aseguradora de la Administración sanitaria.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de diciembre 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 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), la interesada está activamente legitimada, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias se halla legitimado pasivamente, como titular del servicio público sanitario, a cuyas concretas actuaciones se atribuye el daño por el que se reclama.

**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 expediente aquí examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de enero de 2025 y la intervención quirúrgica, de la que derivarían los daños invocados por la interesada, tiene lugar el día 15 de mayo de 2024. Así las cosas, cabe concluir que la acción resarcitoria resulta tempestiva, al haberse interpuesto la reclamación 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.

En cuanto a la denegación de la incorporación al expediente del contrato de trabajo y las nóminas concernientes a la reclamante (solicitud que se efectúa en el escrito inicial y se reitera en trámite de audiencia), cabe recordar que el artículo 77.3 de la LPAC indica que "El instructor del procedimiento solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada" y que el artículo 77.2 de la LPAC únicamente exige la apertura de un período de prueba "Cuando la Administración no tenga por ciertos los hechos alegados por los interesados o la naturaleza del procedimiento lo exija". En este caso, ningún reproche cabe efectuar a la decisión adoptada, puesto que dicha documentación ya debe obrar en poder de la Administración y de la interesada; por añadidura, únicamente resultaría relevante a la hora de concretar, en su caso, la indemnización procedente y no para la determinación de una eventual relación de causalidad.

Dicho esto, 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 “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 reclama una indemnización por los daños derivados de una mala praxis, en el marco de la intervención quirúrgica a la que fue sometida, y en el consiguiente posoperatorio.

La documentación médica incorporada al expediente permite apreciar la efectividad de un daño. Dicho esto, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica atribuible a la actividad del servicio público sanitario no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario ha de procurar la curación de la paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no de resultado, por lo que no puede imputarse directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que, eventualmente, pueda sufrirse con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado 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 dispensado 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 (por todos, 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, en esencia, 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 asunto sometido a nuestra consideración, la reclamante mantiene que ha recibido una “deficiente” asistencia, tanto en la “ejecución de la operación quirúrgica” como “durante la estancia hospitalaria”, que concreta de la siguiente forma: primero, porque “continúa con un mioma en el interior de su útero, pues, por razones que se desconocen, no le fue extirpado durante la intervención quirúrgica”, es decir, “no la han operado realmente lo que la tenían que operar y para lo que se había puesto en manos de los doctores”;

segundo, porque “ha sufrido durante la intervención quirúrgica un esguince en su 4.º dedo izquierdo (...) totalmente desatendido”; tercero, porque “sufrió un cuadro de infección de orina como consecuencia de la no aplicación de profilaxis antibiótica durante su estancia hospitalaria”; cuarto, porque “tiene seriamente dañado su nervio raquídeo como consecuencia directa de la intervención quirúrgica”, pues sostiene que “el procedimiento anestésico (no solo uno, sino dos ‘pinchazos’ en la zona lumbar) unido al deficiente trato posterior a la operación, ha causado ese dolor lumbar irradiado”. Asimismo, advierte que padece “desde hace años (...) anemia ferropénica, lo cual consta en su historial médico, enfermedad que favorece y agrava la pérdida de sangre”, pero no “se le aplicó profilaxis tromboembólica (...) y tampoco se le suministró sangre, pese a experimentar sangrado no solo antes de la operación quirúrgica, sino también en el propio quirófano e incluso tras ser trasladada a Reanimación”. Finalmente, señala que “decidieron trasladar(la) al ‘hospital de día’, pese a que su estado de salud no recomendaba ese tipo de decisión y que (...) todavía no había orinado y, por tanto, no había eliminado los restos de anestesia”, permaneciendo apenas unas horas allí, “pues se le dio el alta hospitalaria a última hora de la tarde del mismo 15 de mayo de 2024”.

Vista la posición de quien reclama, procede advertir, partiendo de que corresponde a quien reclama la prueba de sus alegaciones, que la interesada no presenta opinión experta alguna que respalde sus afirmaciones acerca de las decisiones médicas adoptadas y el tratamiento implementado, por lo que aquellas únicamente hallan apoyatura en su particular opinión sobre los hechos. Asimismo, procede subrayar que, como se ha apuntado en líneas precedentes, el servicio público sanitario asume una obligación de medios y no de resultados, por lo que no puede imputarse a la Administración sanitaria cualquier daño que, eventualmente, pueda sufrir la 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 (por todos, el ya mencionado Dictamen Núm. 182/2019).

Sentado lo anterior, es menester descender al fondo del asunto, a la luz de la restante información obrante en el expediente.

En primer lugar, en relación con el particular objeto de la intervención quirúrgica y la no extirpación del mioma, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología señala que “en el curso de las revisiones se diagnosticó un pequeño pólipo endometrial y un pequeño mioma por lo que se propuso extirpación del pólipo por histeroscopia”, que “el mioma diagnosticado es un hallazgo incidental, pequeño, de localización que no justifica alteraciones menstruales y que no es accesible por histeroscopia”, que “por ese motivo no precisa tratamiento alguno ni se le ha propuesto en ningún momento su extirpación” y que “el día 15 de mayo de 2024 se extirpó el pólipo por vía histeroscópica”, pues “era la intervención programada y sobre la que la paciente estaba informada”. En el mismo sentido, se manifiesta la pericial que, aportada por la compañía aseguradora, suscribe una especialista en Obstetricia y Ginecología; y añade que el modelo de consentimiento informado que se firmó por la paciente el día 7 de agosto de 2023 (documento núm. 45, incluido en la carpeta “Cd pag. 162”) es para la histeroscopia quirúrgica, figurando como eventuales objetivos del procedimiento, entre otros, tanto la polipectomía como la miomectomía, sin que esto signifique que todos y cada uno de dichos objetivos hayan de concretarse -a la vez y necesariamente- cuando se ha decidido implementar dicha técnica. Por otro lado, en el informe clínico de alta evacuado por el Servicio de Ginecología con fecha 15 de mayo de 2024 (folios núm. 23 y 24 del expediente) -que ha sido incorporado al expediente por la propia reclamante- figura, como motivo de ingreso, la “sospecha de pólipo endometrial” y en el apartado relativo a “historia actual” consta que “se indica histeroscopia para resección de pólipo endometrial”. En definitiva, el mioma, según la opinión de las especialistas, ni requería tratamiento ni tan siquiera este hubiese resultado factible mediante la histeroscopia; por añadidura, la documentación clínica evidencia que la indicación de la histeroscopia lo fue para

la resección del pólipo, extremo que no pudo pasar desapercibido para la reclamante, quien precisamente aporta los correspondientes informes.

En segundo lugar, por cuanto a que el esguince en uno de los dedos de su mano izquierda se hubiese producido durante la intervención quirúrgica, el informe del Servicio de Anestesiología indica que tal circunstancia “es altamente improbable, dado que en una anestesia raquídea la paciente está consciente y mantiene sensibilidad de sus extremidades superiores y por tanto un traumatismo o daño en su mano izquierda hubiera sido advertido en dicho momento”. La pericial suscrita por la especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria, mantiene idéntica posición, y además, afirma que “la medicación que se administró para la sedación carece de efectos analgésicos, es hipnótica, utilizada para inducir sueño y sedación”, por lo que “una lesión que cause un esguince del ligamento longitudinal externo de un dedo, habría sido percibido como doloroso por parte de la paciente; cosa que no sucedió”. Así las cosas, y al margen de que el tipo de intervención practicada no hace muy probable el que se sufra una lesión de este tipo, todo apunta hacia que las alegaciones de la reclamante a este respecto no hallan debida correspondencia con la realidad, puesto que el esguince no pudo producirse -tal y como aquella mantiene en el escrito de reclamación- durante la intervención quirúrgica sin que la paciente se apercibiese de ello -según sus explicaciones, no lo hace hasta el momento en el que ya se encontraba en la Unidad de Reanimación-, puesto que, durante dicha intervención, no habría llegado a perder la sensibilidad en las extremidades superiores.

En tercer lugar, por lo que atañe a la infección de orina, que la reclamante atribuye a “la no aplicación de profilaxis antibiótica durante su estancia hospitalaria”, el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología deja meridianamente claro que se trata de “una intervención que no precisa profilaxis tromboembólica ni antibiótica y así viene recogido en diferentes guías clínicas” y que, “el mal estado general que presentó a los 15 días de la intervención se

etiquetó de infección urinaria, pero no se confirmó en el urinocultivo". En similares términos, se pronuncia la pericial que suscribe la especialista en Obstetricia y Ginecología. En suma, ni la intervención practicada requería profilaxis antibiótica ni la efectividad de haber padecido una infección de orina se llegó a confirmar con los correspondientes análisis efectuados por el Servicio de Microbiología (como indica el informe de dicha unidad que se contiene en el archivo documento núm. 32, ubicado en la carpeta "Cd pag. 162").

En cuarto lugar, acerca del daño en el nervio raquídeo, que pretende asociarse por la interesada al "procedimiento anestésico (no solo uno, sino dos 'pinchazos' en la zona lumbar)" y al "deficiente trato posterior a la operación", el informe del Servicio de Anestesiología, tras referir que la paciente "en un informe de resonancia magnética lumbar del 31 de octubre de 2024 (estudio realizado el 15 de octubre de 2024) presenta 'ligeros signos de artrosis interfacetaria posterior en segmentos bajos, en L4-L5 y L5-S1', una dolencia crónica y degenerativa, asociada a la edad, cuyas consecuencias en este caso concreto son compatibles con los 'signos de daño axonal subagudo S1 derecho' y por tanto, con su 'dolor lumbar irradiado hacia pierna derecha de características neuropáticas'", advierte que "la punción intradural que se realizó el día 15 de mayo de 2024 es improbable que tenga que ver con la causa de dicho dolor en concreto, ya que se realizó en la altura intervertebral L3-L4 y por tanto en diferente localización anatómica"; conclusiones que comparte la pericial realizada por la especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. A ello, cabe añadir que la paciente, previamente a la intervención quirúrgica, ya presentaba artrosis degenerativa en la columna vertebral, causa frecuente de la compresión radicular.

En quinto y último lugar, procede referirse a la ausencia de suministro de sangre que alega la reclamante -necesario, a su entender, dado que padece anemia desde hace tiempo- y a la decisión de darle el alta hospitalaria sin estar, supuestamente, en condiciones para ello. El informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología puntualiza que, "en cuanto a la necesidad de 'poner sangre', es

obvio que una paciente que presenta cifras de hemoglobina entorno a la normalidad (12 g/dl) no es candidata a transfusión sanguínea” y que “las pérdidas sanguíneas que presentó son las normales en este tipo de intervención, escasas y diluidas en el suero fisiológico empleado”, a lo que el informe del Servicio de Anestesiología añade que “su antecedente de anemia ferropénica (...) sí se tuvo en cuenta porque se decidió realizar un hemograma de control el día previo al procedimiento quirúrgico para verificar de forma reciente la cifra de hemoglobina que presentaba la paciente” y que, “en todo caso, las histeroscopias quirúrgicas están catalogadas como un procedimiento de bajo riesgo hemorrágico”; por su parte, la pericial suscrita por la especialista en Obstetricia y Ginecología subraya, con rotundidad, que “no había indicación de transfusión sanguínea, puesto que en el preoperatorio presentaba anemia leve, y no se produjo durante la intervención una pérdida aguda de sangre severa”. Por lo que atañe a las condiciones en las que se dio el alta a la paciente, todos los informes coinciden en que eran las adecuadas, resultando singularmente detallada la exposición efectuada por el informe del Servicio de Anestesiología, explicando los criterios mínimos que se deben cumplir para ser dado de alta a planta de hospitalización o a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, reflejados en la escala de Aldrete. Así, cada criterio se puntúa de 0 a 2, y una puntuación por encima de 9 indica que el paciente está estable y listo para ser dado de alta. La intervenida “fue dada de alta de la URPA con una puntuación de 10 en dicha escala”; súmese a todo ello, que la reclamante asevera que decidieron trasladarla “al ‘hospital de día’, pese a que su estado de salud no recomendaba ese tipo de decisión y que (...) todavía no había orinado y, por tanto, no había eliminado los restos de anestesia”, afirmación que resulta contradicha no solo por el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, sino por las propias notas de Enfermería, en las que claramente se indica que la paciente “realizó micción espontánea” en Reanimación (página 13 de las notas de Enfermería que obran en el documento núm. 30, contenido en la carpeta “Cd pag. 162”).

En suma, los puntales del argumentario de la reclamación resultan manifiestamente contradichos por una información clínica, de cuyo contenido semeja prescindir la aquí reclamante, resultando a este respecto paradigmático el caso de la concreción misma del objetivo de la histeroscopia practicada. A la vista de lo actuado, no solo no se ha llegado a acreditar la existencia de mala praxis en la asistencia dispensada, sino que claramente se han ido desvinculando de dicha intervención quirúrgica los daños invocados, alguno de los cuales ni siquiera llegó a existir. En tal tesitura, 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, 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.-