



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **196/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 4 de octubre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **331/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de octubre de 2008, x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración regional por los daños que dice haber padecido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud (SMS). Según la reclamante los hechos ocurrieron del siguiente modo:

- El 23 de enero de 2002 se le practicó en el Hospital Rafael Méndez (HRM), exéresis de tumoración en labio vulvar mayor derecho con incisión inguinal, cuyo análisis patológico informó de angiomixoma agresivo.
- El 12 de abril de 2002, en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), se llevó a cabo una intervención de ampliación de márgenes quirúrgicos. Acudió en diversas ocasiones al citado Hospital para revisiones porque los dolores no cesaban.
- Con fecha 23 de enero de 2004 la volvieron a operar del tumor que se le había reproducido.
- El día 11 de mayo de 2005 se le practicó una resonancia magnética abdominal y pélvica en la que se constató que presentaba *"útero con pequeña imagen de fondo uterino, compatible con pólipo o pequeño mioma suberoboso. Quistes anexiales bilaterales menores de 1 cm, impresionado de funcionales"*.
- A pesar de este diagnóstico y de que padecía desde hacía dos años incontinencia urinaria y fecal, no se le practicó intervención alguna para eliminar tales molestias.

- En mayo de 2006 se le diagnosticó de cistocele II-III, rectocele II y prolapso uterino Grado I, siendo remitida a los Servicios de Coloproctología, realizándole el 5 de enero de 2007 una *"laparatomía media encontrando el útero adherido a recto con gran componente inflamatorio-tumoral en cara anterior. Histerectomía total abdominal con doble anexectomía. Resección segmentaria de recto con anastomosis T-T mecánica con doble grapado nº 29"*, siendo el diagnóstico principal *"tumoración recto uterina pendiente de anatomía patológica definitiva"*, cuyo resultado indicó de tumor submucoso rectal.

- Como los síntomas persistían el día 9 de octubre de 2007 acudió a la consulta del Dr. x, especialista en Obstetricia y Ginecología, que le informó que no se le había practicado una histerectomía total sino subtotal y que, asimismo, la anexectomía no fue doble sino sólo izquierda.

Según la reclamante desde el año 1999 ha recibido una asistencia sanitaria deficiente con retrasos diagnósticos, tardanza en realizar las intervenciones quirúrgicas, deficiente ejecución de éstas -como lo demuestra el hecho de que la histerectomía y la anexectomía no fueron totales y dobles como se afirmaba-, todo lo cual ha hecho que los síntomas que presentaba de dolor, incontinencia y metrorragia no estén resueltas aún en el momento de interponer la reclamación. A lo anterior, dice, hay que añadir el trastorno psíquico que padece como consecuencia de la negligente actuación de los facultativos del HUVA.

Solicita una indemnización por negligencia e inadecuados tratamiento y diagnóstico médicos determinantes de secuelas físicas y psíquicas permanentes, que cifra en 120.000 euros.

Aporta junto a la reclamación una serie de documentos relacionados con la asistencia recibida tanto en el HRM como el HUVA. También adjunta informe del Dr. x.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del ente público sanitario, que procede a comunicar al interesado la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, al tiempo que solicita, tanto del HRM como del HUVA, el historial clínico de la paciente e informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

TERCERO.- Remitida la información solicitada, se incorporan al expediente las historias clínicas de la reclamante provenientes de ambos Hospitales, así como los siguientes informes:

1. Del Dr. x, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HRM, en el que se indica lo siguiente:

"Paciente que fue intervenida en este servicio el 23.01.02 por sospecha de Quiste de Bartholino izquierdo, con el hallazgo intraoperatorio de tumoración blanda, a nivel de labio mayor derecho, que planteó dudas diagnósticas sobre posible hernia, por lo que intraoperatoriamente se consultó con el servicio de cirugía, procediéndose por el cirujano (Dr. x), ayudado por el ginecólogo (Dr. x) y el cirujano (Dr. x), a incisión oblicua desde labio mayor, sobre conducto inguinal, apreciándose tumoración blanca, gelatinosa, polilobulada y con un largo pedículo que se prolonga hacia la región retropúbica, el cual se disea, se pinza y se liga. Exéresis de la tumoración, hemostasia del lecho quirúrgico y cierre, dejando drenaje.

El Postoperatorio cursa con normalidad, dándose de alta asintomática. (Firma el alta Dr. x).

La paciente es revisada en consulta externa de Ginecología el 20.02.02, para control de herida quirúrgica y revisión de anatomía patológica, que informa de ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE VULVA, por lo que es remitida al servicio de Oncología Ginecológica de HUVA.

Posteriormente la paciente ha sido revisada el 21.02.05 en consulta externa de Ginecología (Dra. x), constando en el curso evolutivo referencia a nueva resección practicada para ampliación de márgenes el 12.04.02.

Asimismo, consta referencia de una nueva exéresis, por recidiva en lado derecho, realizada en HUVA, etiquetado de angiomixoma profundo agresivo.

Igualmente según referencias de la paciente, fue revisada en el Hospital La Paz de Madrid, donde le realizaron, al parecer, RNM informada como ausencia de restos tumorales.

En el momento de esta revisión ginecológica, donde la paciente nos refirió todo lo antedicho, la estaban revisando cada 6 meses en HUVA, donde le indicaron que la exéresis realizada del lado derecho no era una recidiva sino una tumoración de ?novo?, siempre según lo referido por la paciente.

La enferma no ha sido vista de nuevo en este servicio, por lo que no poseemos información posterior sobre la evolución de la misma a partir de la fecha reseñada".

2. De la Dra. D.^a x, del Servicio de Cirugía General del HUVA, en el que, tras resumir la historia clínica, concluye del siguiente modo:

"1. La paciente es intervenida en colaboración con el Servicio de Ginecología, de tumoración recto-uterina, no filiada (posteriormente etiquetada mediante informe AP de endometriosis extrauterina). La finalidad del tratamiento quirúrgico por la Unidad de Coloproctología, fue la extirpación de la tumoración rectal, no valorándose momentáneamente actuación alguna sobre su incontinencia fecal, dada la prioridad de la patología tumoral que presentaba. A results de la intervención sobre recto, la paciente no presenta ninguna complicación relativa a la misma.

2. Los resultados de la cirugía rectal realizada sobre la paciente, según los estándares de calidad para este tipo de cirugía son correctos.

3. En ningún momento a la paciente se le intento tratar de sus procesos de incontinencia urinaria o fecal, tal como se desprende de la historia clínica.

4. De la reclamación de responsabilidad patrimonial que se presenta, se deduce que la paciente tiene el convencimiento de que su proceso no ha sido correctamente tratado, ya que continúa con incontinencia urinaria y sangrados vaginales. En este sentido parece clarificador el informe de A.P. en el que se pone de manifiesto la presencia de útero, cérvix y dos ovarios, que demuestran que a la paciente se le realizó histerectomía total con doble anexectomía, que parece el tratamiento idóneo para el diagnóstico de su enfermedad endometriósica y lesionioma uterino. No obstante esta aclaración debe ser corroborada por el Servicio de Ginecología, que realizó el procedimiento".

3. Del Dr. x, Jefe del Departamento de Tocoginecología del HUVA, del siguiente tenor:

"23-1-2002 le extirpa en Lorca una tumoración vulvar del labio mayor derecho, con el diagnóstico anatómo patológico de angiomixoma maligno.

El 2-4-2002 se resecan los bordes de la cicatriz en el hospital Virgen de la Arrixaca, para comprobar si existe o no lesión. Anatomía patológica negativa.

El 23-1-2004. Se practica en el servicio de Ginecología de este hospital una hemivulvectomy derecha por recidiva del tumor.

Durante los años 2004-2006 es visitada en la consulta de Ginecología Oncológica en distintas ocasiones. Al principio presentaba molestias en la cicatriz y un cistocele de poca importancia acompañado de incontinencia urinaria. Se le practican 2 resonancias magnéticas que informan de pequeña nodulación vulvar compatible con fibrosis cicatricial.

En la visita del 22-11-2006 se señala que ya no le duele y la exploración de la vulva es normal. La ecografía era normal y en esos momentos lo que presentaba era una incontinencia urinaria y de heces, siendo la segunda lo que más le molestaba, por lo que fue remitida a la consulta de coloproctología del servicio de cirugía general.

El 5-1-2007 es intervenida quirúrgicamente en ese servicio, practicándole una histerectomía total con doble anexectomía y resección rectal parcial por endometriosis. La anatomía patológica comprueba la endometriosis e informa de que se habían extirpado ambos ovarios y el cuello (habla de metaplasia cervix).

En fechas 2-2-2007 y 18-5-2007 es vista de nuevo en la consulta de ginecología comprobándose que ha mejorado de la incontinencia, persiste el cistocele y el rectocele y consta por escrito "para plastias " es decir se indica la corrección quirúrgica del cistocele y de la eventual incontinencia.

Desde el 18-5-2007 no hay datos en su historia clínica.

RESUMEN: *La citada paciente ha padecido diferentes enfermedades, cuyos tratamientos se han ido practicando a medida que aparecían los síntomas. En un principio, años 2002-2004 tenía un angiomixoma maligno de la vulva que se operó correctamente primero en Lorca, luego recidivó y se operó en la Arrixaca y de momento está curada de ese tumor maligno. Tuvo molestias a nivel de la cicatriz que mejoraron.*

Apareció una incontinencia de orina y de heces con predominio de la segunda y fue operada correctamente por los cirujanos (histerectomía total doble anexectomía y resección parcial de recto, por endometriosis). Mejorando, aunque persistiendo la incontinencia urinaria de esfuerzo y el cisto-rectocele. Desde hace más de un año no ha vuelto a la consulta de ginecología por lo que no se ha intentado corregir esa dolencia.

Respecto a si se realizó o no una histerectomía total con doble anexectomía, tanto en la descripción de la operación como en el análisis anatómico patológico donde se informa de que se extirparon ambos ovarios y el cuello. En cuanto al informe del Dr. x sobre si no se hizo totalmente esa operación, yo no lo he visto. Es posible que tratándose de una endometriosis importante que afectaba a los ovarios y al recto, fuese imposible poder extirpar todo y quedase algún resto de cuello o de ovario, que por otra parte no tiene por qué producir molestias.

Por último, con respecto a los problemas psíquicos que tiene esta mujer, no se puede saber si son primarios o secundarios a las operaciones.

Conclusión en ningún momento se aprecia ningún tipo de negligencia por parte de los médicos de este hospital que han tratado a esta mujer".

CUARTO.- Solicitado el 13 de enero de 2009, informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se remite al órgano instructor el 3 de abril de 2012. En él la inspectora actuante, realiza el siguiente juicio crítico:

"Se remonta la paciente en su queja a 2002, cuando descubren una tumoración blanda en el labio mayor derecho que se podía reducir parcialmente en sentido ascendente, y ante la duda de que pudiese ser una hernia, en vez de un problema en órganos genitales exclusivamente, se avisó al cirujano, realizando una incisión oblicua sobre conducto inguinal, según se expresa en la página 49, que obtuvo una pieza quirúrgica polilobulada, de consistencia gelatinosa con un pedículo que se prolongaba hacia el retropubis. El estudio de la misma diagnosticó un angiomixoma.

(...)

En el caso que nos ocupa, toda la actuación asistencial que se describe desde enero de 2002 a enero de 2004 es sobre este tipo de afección, y se corresponde con lo posible tras su diagnóstico, no encontrando ningún tipo de déficit asistencial en su manejo. Informó la paciente de revisión con resonancia postquirúrgica, permaneciendo asintomática (página 47).

En los años sucesivos realizan revisiones y diversas pruebas complementarias de imagen e instrumentación, incluyendo control en coloproctología y valoración de clínica de cistocele, rectocele y prolapso uterino. Por la persistencia de molestias y el acúmulo de datos no concretados de área ginecológica, digestivo y urología, y tumoración en colonoscopia, se procedió a laparotomía en enero de 2007.

En el acto quirúrgico se resecaron diversas estructuras, la observación de lo extraído, descrito además macroscópicamente a su llegada al laboratorio de anatomía patológica, correspondía a recto, útero, cuello y dos piezas de intestino. En el cuello uterino se especifica que se incluye orificio cervical externo transverso. En la página 16, se realizó la observación de que el útero iba acompañado de al menos un anejo; una vez fijado, se reconoce claramente un anejo uterino, probablemente el anejo derecho, aunque artefactado. En el lado contralateral se reconoce un segmento de trompa uterina pero sin ovario claramente definido. En la descripción microscópica se localiza endometriosis en un ovario (el adherido a trompa que macroscópicamente era lo que se reconocía), y, en el otro ovario (que sí se reconocía macroscópicamente) aparecen quistes hemorrágicos inespecíficos compatibles también con quistes endometriósicos. No se informa de otra patología.

Lo que caracterizó a las piezas extraídas fue la presencia de endometriosis, focos de endometrio fuera del útero con implantes en diversas localizaciones, que reacciona a los estímulos hormonales de la misma forma que el endometrio uterino.

El estudio de los fragmentos de intestino también correspondía a endometriosis extrauterina, no observándose otras alteraciones significativas en el segmento intestinal, sin malignidad.

Todas las afecciones descritas hasta ese momento pueden producir episodios de síntomas y signos coincidentes, que además se localizan en regiones anatómicas contiguas y comunes. La realización de laparotomía, tanto con intención diagnóstica como terapéutica, ante el acúmulo de datos que había que confirmar, implica una búsqueda activa de respuestas y una actuación lógica y adecuada.

Tras la cirugía, que eliminó los tejidos de localización patológica, parece que el síntoma más molesto era la persistencia de incontinencia urinaria en situaciones de esfuerzo que mejoró con el tiempo, según lo expresado en la última consulta de la que tenemos constancia, en mayo de 2007.

La reclamante aporta informe de consulta privada realizada el 9 de octubre de 2007, y hace, en el escrito de reclamación, que se fundamente en la misma parte de la argumentación que respalda sus pretensiones (página 18, 19).

El motivo de consulta no se explicita claramente (en el apartado de enfermedad actual consta, en forma de anamnesis, incontinencia urinaria mixta y otras patologías previas).

Textualmente, informan sobre la exploración ginecológica: ?Vulva normal, se aprecia cicatriz muy fina en cara interna de labio mayor derecho. Vagina, cistocele segundo grado. Se aprecia el cérvix (o su porción superior) con ectopia sangrante al contacto. Escasa leucorrea blanquecina. Útero, no se tacta. Ovarios, no se tactan. Parametrios normales?.

Realizan ecografía en la que no aprecian útero, señalan formación correspondiente a cérvix, con quistes de Naboth, ovario derecho con folículo y cuerpo lúteo.

Realizan colposcopia que definen como no satisfactoria (no se aprecia ectopia en borde inferior, falta esa porción del cérvix?) y señalando un área circunscrita acetoblanca.

Realizan citología y biopsia de cérvix.

La consulta (en la sanidad privada) se realizó en octubre de 2007 y el escrito de reclamación es de octubre de 2008, en la consulta se señala que se realizó citología y biopsia de la zona en cuestión, no aportándose al expediente el resultado de tales estudios a pesar de haber transcurrido un año desde la toma citológica y biopsica y la reclamación. Esto impide su evaluación.

Obviando esas pruebas, el protocolo quirúrgico y la anatomía macroscópica de las piezas operatorias, describen las estructuras anatómicas, también la microscópica. Si se comprobó orificio cervical externo y metaplasia escamosa, hay que pensar que la exéresis de cuello uterino fue completa. Es verdad que en la consulta de febrero de 2007, postcirugía se plantearon si quedaba algo de cuello restante (a un mes del acto quirúrgico podría haber otras posibilidades, e incluso implante endometriósico), en la consulta de mayo no aprecian anormalidades, por lo que a falta de otros datos que avalen alteración de las conclusiones de la cirugía, estas, son las iniciales.

Tanto si persiste algún tipo de estructura en genitales, o incluso en área ovárica, como si se trató de una apreciación no absolutamente comprobada, no hay ningún indicio de que la actuación de los profesionales sanitarios fuese incorrecta, ni que se hayan dejado de utilizar los medios disponibles y adecuados para el mejor cuidado de la paciente.

Tras las consideraciones sobre padecimientos físicos, señalan en la reclamación que como consecuencia de la negligente actuación médica se le ocasionó una profunda ansiedad que llevó a precisar tratamiento farmacológico y se aportan varios datos sobre consulta por ansiedad (personalidad previa ansiosa) en 2007 y 2008. Sin embargo, consta en la Historia Clínica tratamiento con trankimazin previo a estas fechas, y trankimazin y enconcor por palpitaciones (página 20, 21, 66 reverso, 67 reverso, 89), no estando acreditado el empeoramiento de estado previo por ninguna actuación médica, ni existiendo relación causal entre las actuaciones médicas y posibles síndromes psíquicos.

No se aprecia razón para indemnización".

QUINTO.- Por parte de la aseguradora del SMS se remite dictamen médico colegiado, elaborado por tres especialistas en Obstetricia y Ginecología, que concluye:

"1. Se trata de una demanda presentada por x por las sucesivas negligencias médicas e inadecuado tratamiento médico, que han ocasionado secuelas físicas y psíquicas permanentes.

2. x sufre dos patologías independientes. Fue intervenida en tres ocasiones. Dos de ellas por tumoración correspondiente a un angiomixoma, siendo la última intervención indicada principalmente por dolor.

3.-El angiomixoma es un tumor de crecimiento lento con infiltración local, alta tasa de recurrencia y presencia excepcional de metástasis de por la existencia de un angiomixoma. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa, tanto del primario como de la recidiva, que puede llegar hasta el 80%. En el caso de la paciente la recidiva tuvo lugar a los dos años de la primera cirugía. Los controles fueron efectuados con exploración y RNM.

4. Fue intervenida ante persistencia de sintomatología a pesar de que las pruebas efectuadas no se modificaron en un año, no fueron concluyentes y se necesitaba descartar otro proceso tumoral digestivo (GIST), realizando una histerectomía total con doble anexectomía y resección segmentaria de recto con anastomosis T-T mecánica: El estudio histológico, que evidenció la existencia de una endometriosis profunda, evidenciaba cérvix y planteaba duda en relación a la posible exéresis incompleta de uno de los ovarios.

5. La endometriosis es una enfermedad crónica, recurrente y progresiva para la cual no existe tratamiento curativo, al menos a largo plazo mientras no se realice cirugía definitiva (aún con cirugía radical se han comunicado tasas de recurrencia de hasta el 3%). La tasa de recidiva es del 5-20% anual, llegando a tasas acumuladas de 40% al cabo de 5 años. Solo disponemos de diversas opciones para el tratamiento de la sintomatología.

6. El dolor ocasionado por la endometriosis provoca limitación e incapacidades físicas, psico-sociales, profesionales... En los casos de endometriosis profunda (EP), el dolor es más intenso, causando una alteración significativa de la calidad de vida diaria y disminuye el rendimiento profesional incrementando a su vez los costes sanitarios. Los síntomas son intensos y recidivantes a pesar de múltiples cirugías.

7. El diagnóstico clínico del síndrome de ovario remanente es difícil. Se trata de una complicación frecuente luego de una histerectomía con ooforectomía, especialmente en mujeres que padecen endometriosis.

8. El estudio histológico visualiza cérvix. El sangrado es frecuente en los primeros meses tras la cirugía por el proceso de cicatrización.

9. La última cirugía no fue una histerectomía con doble anexectomía como se expuso en el protocolo quirúrgico e incluso se supuso en el estudio histológico, sino que fue una histerectomía dejando una porción de cérvix y con persistencia de tejido ovárico en alguna localización. Sin embargo, es lógico pensar que no existió mala praxis ni intención de ocultarlo; sino que se debió como expresa la literatura científica a la dificultad quirúrgica por la endometriosis profunda. Ello no condiciona una deficiente actuación médica; al contrario pensamos que debe considerarse como correcta y acorde a Lex Artis ad hoc.

10. La actuación médica de los facultativos que intervinieron en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de x fue acorde al conocimiento actual de la medicina basada en la evidencia, correcta y acorde a lex artis ad hoc, sin que existan indicios de mala praxis".

SEXTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, la reclamante comparece reiterándose en sus manifestaciones relativas a la mala praxis médica desplegada por los facultativos que la asistieron de sus dolencias, a lo que, en este trámite, adiciona el hecho de no haber sido debidamente informada de los tratamientos médicos a los que iba a ser sometida, ni de las consecuencias que los mismos podían generar.

Eleva la cantidad solicitada en su escrito inicial, fijándola ahora en 156.970, según el siguiente detalle:

- 23 días hospitalización: 2070 euros.
- 320 días impeditivos: 22.400 euros.
- 10 puntos por incontinencia urinaria de esfuerzo: 8.000 euros.
- 20 puntos por lesiones vulvares/vaginales que dificultan el coito: 22.000 euros.
- 10 puntos por pérdida de útero: 8.000 euros.
- 20 puntos por pérdida de un ovario: 22.000 euros
- 5 puntos por trastorno ansioso-depresivo reactivo: 3.750 euros.
- 5 puntos por perjuicio estético ligero: 3.750 euros.
- Incapacidad permanente absoluta: 65.000 euros.

Solicita se le conceda un nuevo plazo para aportar informe de valoración del IMAS e informe ginecológico privado. Aceptado lo solicitado, la reclamante presenta un informe de la Clínica --, en el que se indica, como diagnóstico, cistocele e incontinencia urinaria y fecal. Entre las prescripciones de tratamiento figura la siguiente afirmación: "se indica necesidad de intervención quirúrgica de cistocele e IU pero ahora mismo no desea".

En cuanto al informe de IMAS indica x que aún no lo tiene y que lo aportará en el momento en que lo reciba. Al respecto el órgano instructor considera que como dicho documento sólo acredita en su momento la valoración del grado de secuelas de la paciente, las cuales se encuentran ya determinadas por otros informes médicos obrantes

en el expediente, puede continuar la instrucción.

SÉPTIMO.- Con fecha 30 de julio de 2012, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, al ser ajustada a normopraxis la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de Dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 4 de octubre de 2012.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, cuando de daños físicos o psíquicos se trata, aquélla corresponde a quien los sufre en su persona, por lo que la reclamante está legitimada para solicitar indemnización por los daños físicos y psíquicos alegados, en los términos expresados en sus escritos de alegaciones.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Plazo de la acción indemnizatoria: prescripción.

En cuanto a la temporaneidad de la acción resarcitoria (artículo 142.5 LPAC), a ejercer en el plazo de un año, contado, en casos como el planteado, desde la determinación del alcance de las secuelas que hayan sido imputadas al funcionamiento de los servicios públicos regionales, debe señalarse que tal acción ha de considerarse, como se indica en la propuesta de resolución, prescrita.

Como señalamos en los recientes Dictámenes números 75 y 100/2013, de 25 de marzo, conviene partir de lo expresado en la STS, Sala 3ª, de 30 octubre 2012:

"Como con reiteración ha manifestado la Sala, por todas la Sentencia de la Sección Sexta de 18 de enero de 2.008, recurso de casación 4224/2002, existen determinadas enfermedades en las que no es posible una curación propiamente dicha, pues la salud queda quebrantada de forma irreversible, supuestos en que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la "actio nata", a la que nos hemos referido, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable.

La doctrina de la "actio nata" permite mitigar estos efectos de imprevisibilidad en la determinación exacta del alcance de las secuelas, entendiendo que una vez establecidas de forma general aquellas secuelas derivadas del daño, debe entenderse que es posible el ejercicio de la acción, sin perjuicio (de) que con posterioridad pueda ampliarse la reclamación o en su caso solicitar una reconsideración de las secuelas derivadas en relación de causa-efecto de la actividad administrativa".

La interesada reclama por las secuelas que se han descrito en el Antecedente Sexto (incontinencia urinaria de esfuerzo, lesiones vaginales, pérdida del útero, pérdida de un ovario, trastorno ansioso-depresivo reactivo y perjuicio estético). Aun cuando se aceptara que estas secuelas derivan de la asistencia sanitaria recibida, lo que el expediente, como se señala en la siguiente Consideración, no permite tener por acreditado, debe señalarse que de la historia clínica se desprende que la paciente ya conocía la existencia de esas secuelas como muy tarde el día 18 de mayo de 2007, último día al que acudió a los servicios sanitarios públicos.

En efecto, en lo que se refiere a las secuelas vaginales que, por cierto, no son mencionadas hasta el momento de formular alegaciones, cabe deducir que, de existir (puesto que no ha quedado acreditado en el procedimiento), serían consecuencia de las intervenciones quirúrgicas practicadas el 23 de enero de 2002 y 23 de enero de 2004 y, por lo tanto, ya debían ser conocidas por la paciente desde la fecha de alta de ambos procesos quirúrgicos (26 de enero de 2002 y 27 de enero de 2004). En cualquier caso, según informe del Dr. x obrante al folio 95, en la revisión que se llevó a cabo el 22 de noviembre de 2006, el dolor que en un principio presentaba en la cicatriz vulvar había desaparecido.

En cuanto a la pérdida del útero y de un ovario, la reclamante era consciente, desde el momento de la intervención, que se le había practicado una histerectomía acompañada de una anexectomía. El Dr. x, sólo amplió dicha información en el sentido de que ni la histerectomía había sido total ni la anexectomía doble, es decir, que la pérdida del útero no había sido completa y que de los ovarios sólo se le había extirpado uno, por lo tanto, los nuevos datos aportados sólo contribuían a disminuir las secuelas por las que reclamar. En este sentido, también aquí se puede afirmar que la paciente conocía, desde la fecha del alta de dicha intervención, es decir, el día 4 de enero de 2007, la pérdida de dichos órganos.

Respecto de la incontinencia urinaria cabe señalar que en ningún caso puede considerársela como una secuela de la asistencia recibida, sino como una consecuencia de las patologías de la reclamante (cistocele II-III grado, rectocele de II grado y prolapso uterino de I grado) diagnosticadas en junio de 2006. La operación a la que fue sometida la paciente en enero del 2007 no tenía como objetivo erradicar dicha incontinencia. Así lo indica la Dra. x en su informe *"la finalidad del tratamiento quirúrgico por la Unidad de Coloproctología, fue la extirpación de la tumoración rectal, no valorándose momentáneamente actuación alguna sobre su incontinencia fecal, dada la prioridad de la patología tumoral que presentaba...en ningún momento a la paciente se le intentó tratar de su proceso de incontinencia urinaria o fecal..."*. La incontinencia no fue, pues, una secuela derivada de la intervención quirúrgica, aunque como se desprende de los datos que aparecen incorporados a la historia clínica, los síntomas mejoraron con ella (folio 73). Probablemente, una vez resuelta la tumoración rectal se hubiese abordado la posibilidad de una intervención quirúrgica de esta dolencia (en este sentido se manifiesta el informe del Dr. x al resaltar que en la anotación clínica obrante al folio 73 se hace constar "para plastias " es decir se indica la corrección quirúrgica del cistocele y de la eventual incontinencia), pero según se desprende del historial de la paciente ésta abandonó voluntariamente la asistencia pública (la anotación correspondiente al día 18 de mayo de 2007 en la que se recoge dicha indicación es la última que se refleja), antes de que se pudiera acometer el tratamiento de tal incontinencia. Sin perjuicio de lo anterior, se coincide con el órgano instructor en que aun considerando la incontinencia como una secuela la reclamante tuvo conocimiento de su existencia y alcance el citado día 18 de mayo de 2007 y, por lo tanto, la reclamación interpuesta el día 7 de octubre de 2008, resulta extemporánea.

Por último, en lo que se refiere a los daños psíquicos se coincide con el órgano instructor en que no ha quedado acreditado en el expediente que la reclamante presente secuela alguna de este tipo. Sí aparece que la paciente, con anterioridad al proceso asistencial por el que reclama, ya se encontraba en tratamiento con trankimazin y enconcor por palpitaciones. A falta de prueba en contrario la invocación de secuelas psiquiátricas derivadas de las físicas no parece tener mayor objetivo que el de intentar mantener subsistente el plazo de reclamación, al no haber quedado acreditado, como indica la Inspectora Médica, un empeoramiento de dicho estado previo (palpitaciones) por ninguna actuación médica posterior.

CUARTA.- El fondo del asunto: inexistencia de la necesaria adecuada relación de causalidad entre la actuación sanitaria regional y los daños por los que se reclama.

En cualquier caso, cabe apuntar, ya desde el análisis del fondo del asunto, que el expediente muestra con claridad que habría de llegarse a la misma conclusión desestimatoria, a la vista de los fundados informes médicos de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica reseñados en los Antecedentes y que afirman sin fisuras el ajuste a normopraxis de la atención prestada a la enferma, frente a la patente endeblez de los argumentos de ésta y del contenido de los informes médicos que acompaña que se limitan a señalar los diagnósticos y a prescribir los tratamientos que consideran ajustados, sin cuestionar en ningún momento que la conducta de los facultativos de la sanidad pública haya infringido la *lex artis*, por lo que, conforme con reiterada jurisprudencia y doctrina consultiva, no existe la relación de causalidad jurídicamente adecuada, entre la actuación sanitaria regional y los daños por los que se reclama, necesaria para declarar la pretendida responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La reclamación objeto de Dictamen debe considerarse extemporánea, por las razones expresadas en la Consideración Tercera, por lo que ha de desestimarse por tal motivo, sin perjuicio de fundarse también su desestimación en la inexistencia de relación de causalidad adecuada entre la actuación sanitaria regional y los daños por los que se reclama, en los términos y por las razones expresadas en dicha propuesta.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto desestima la reclamación de referencia, se dictamina favorablemente, si bien en su parte dispositiva se deberá añadir, como causa de la desestimación, la prescripción de la acción indemnizatoria.

No obstante, V.E. resolverá.

