



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **247/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de septiembre de 2014, 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 11 de diciembre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **416/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 12 de diciembre de 2008 tiene entrada en el registro general de la Consejería consultante escrito de reclamación patrimonial formulado por x, en el que, en síntesis, manifiesta que el día 15 de marzo de 2005 se sometió en el Hospital Comarcal del Noroeste (HCN) a una intervención de histerectomía simple por útero miomatoso, tras la cual presentó una serie de complicaciones que motivaron su traslado al Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). En concreto alega haber padecido una peritonitis difusa con contaminación del tercio inferior de la herida quirúrgica por *Staphylococcus aureus* meticilina sensible (SAMS); sepsis de origen abdominal y sepsis por estafilococo coagulasa negativo meteticilina resistente (SCNMR), con aislamiento de hemocultivos y catéter; neuropatía focal cubital izquierda leve por decúbito prolongado con posterior rigidez de codo; y una eventración gigante de la que tuvo que ser operada en septiembre del año 2006, en la Clínica San José.

Difiere la valoración económica de la indemnización que solicita a un momento posterior, cuando se produzca la curación de la neuropatía que aún sufre.

SEGUNDO.- Con fecha 21 de enero de 2009 el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación.

En esa misma fecha se solicitó a los hospitales Comarcal del Noroeste, General Universitario Virgen de la Arrixaca y a la Clínica Médico Quirúrgica San José, copia de la historia clínica de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron en relación con los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- En contestación a dicho requerimientos se recibió la siguiente documentación:

1. Del HCN, la historia clínica e informe del Jefe del Servicio de Ginecología del siguiente tenor:

"Resumen de actuaciones del Servicio de Ginecología.

1ª Visita.

Paciente de 42 años que acude el día 1/4/2004 a la consulta externa de Ginecología refiriendo menorragia y anemia.

Antecedentes familiares: el padre fallecido por insuficiencia renal crónica; madre, con cardiopatía y la abuela materna fallecida por carcinoma mamario. Antecedentes personales: no refiere alergias a fármacos ni antecedentes quirúrgicos. No fuma; padece de D. Mellitus tipo II en tratamiento con DIANBEN®, y dislipemia en tratamiento.

Antecedentes obstétricos-ginecológicos: menarquia a los 11 años; fórmula menstrual: 12 días de regla con ciclos de 28 días, menorragia (abundantes coágulos y duración de la regla). Refiere 2 gestaciones y 2 partos eutócicos. No se había sometido a exploraciones mamográficas previas.

Este día, aporta un hemograma que muestra anemia microcítica hipocroma secundaria a la ferropenia por reglas abundantes. Se procede a la exploración clínica, apreciando un útero aumentado de tamaño, globuloso, que ocupa la pelvis menor. Se toma citología cérvico-vaginal, que es normal. Ecografía: útero globuloso con un mioma mayor de aproximadamente 31x25 mm. y varias imágenes de menor tamaño en el miometrio compatibles con otros miomas. Endometrio y anejos, normales. Se solicita mamografía bilateral, que es normal, y se pauta tratamiento con hierro oral y se un contraceptivo oral (GRACIAL®) para controlar la regla.

1º Ingreso.

Con fecha 4/12/04 la paciente acudió por urgencias y fue ingresada por metrorragia mayor que la regla de 12 días de evolución. Tomaba tratamiento oral que consistía en comprimidos de hierro y un gestágeno en 2ª Fase del ciclo (PRIMOLUT-NOR 5 mg®). Se realizó exploración clínica y ecográfica similar al proceso previo, y en el hemograma urgente se apreció una anemia secundaria a la hemorragia importante, con hemoglobina de 6.9 g/dl, hematocrito de 22.4 %, VCM 67.5. CHCM 30.8; cifras de plaquetas 497.000 /microlitro, y coagulación normal. Se procede a la transfusión urgente de 2 concentrados de hematíes y a la administración de fibrinolíticos (AMCHAFIBRIN 500®, oral). Al alta, se manda a su domicilio con hierro oral, AMCHAFIBRIN 2 comprimidos cada 6 horas si la regla es abundante y PROGEVERA 10 mg®, un gestágeno en segunda fase para acortar la regla. Se le indica que acuda a consulta externa de Ginecología.

2ª Visita.

La paciente acude a consulta externa de Ginecología nuevamente el día 4/3/05 Sigue con reglas abundantes a pesar del gestágeno en segunda fase. La exploración clínica es similar a las previas. La paciente refiere estar muy cansada. Trae hemograma con cifras de hemoglobina de 11 g/dl y Lito. 31.1%, y sigue tratamiento con hierro oral. Se toma biopsia de endometrio y se informa del procedimiento quirúrgico: histerectomía total simple, sin anexectomía. Se da consentimiento informado de la intervención a la paciente y se le mantiene el hierro oral. Resultado de la biopsia de endometrio: endometrio secretor día 16º- 17º del ciclo estándar.

2º Ingreso.

Día 14/3/05. Pauta preoperatoria. Preparación para la intervención quirúrgica.

Con fecha 15/3/05, previa evaluación preanestésica y sin contraindicación, la paciente es intervenida realizándose el siguiente procedimiento quirúrgico:

Incisión infraumbilical media y apertura de pared abdominal por planos. Se halla un útero aumentado de tamaño, con anejos normales. Se procede a la realización de la histerectomía total simple sin anexectomía coagulando y disecando los ligamentos redondos y uteroováricos con pinza ligasure. Se disecciona la plica vesicouterina y se rechaza la vejiga urinaria. Se procede a la disección de la hoja posterior del ligamento ancho. A continuación, se claman las arterias uterinas y paramentos en varios tiempos con pinza de Faure y sutura con puntos sueltos de vicryl 0. Se procede a la apertura de la cúpula vaginal y se sutura con puntos sueltos de vicryl 0. Comprobación de hemostasia. Cierre de pared abdominal por planos según técnica habitual. Piel con grapas. Tratamiento postoperatorio habitual e insulino terapia según protocolo. Resultado de A. Patológica: útero leiomiomatoso, quistes de Naboth, metaplasia escamosa madura cervical. Leiomiomas uterinos sin atipias ni mitosis.

El día 16/3/05 primer día de postoperatorio, la paciente está asintomática. Abdomen normal, cicatriz quirúrgica en buen estado. Hemograma de control: Hb 7.8 g/dl y Hematocrito 24.2 %. Se inicia tolerancia oral a líquidos. Pauta de insulina según cifras de glucemia.

El día 17/3/05 se transfunden dos concentrados de hemáties. La paciente comienza con dolor abdominal, con abdomen distendido, blando y depresible, está consciente y orientada. Se realiza ecografía con vejiga llena, sin alteraciones. Se pauta tratamiento. Persiste el dolor, con distensión abdominal. Se sospecha íleo paralítico y se administra tratamiento. Se solicitan Rx tórax y abdomen y analítica urgentes. Prosigue el empeoramiento de la paciente, con disnea. Se consulta con internista de guardia, que aprecia taquipnea, con respiración superficial. La Rx tórax muestra redistribución vascular. ECG sin cambios. Se solicita TAC abdominal urgente que informa de líquido libre intraabdominal y signos inflamatorios en la herida quirúrgica. Se procede a la aplicación de mascarilla de oxígeno al 28 %, tratamiento de soporte y antibiótico e ingresa en reanimación postquirúrgica.

El día 18/3/08 (sic), se procede a la relaparotomía conjunta de la paciente con el cirujano de guardia, con los siguientes hallazgos: gran cantidad de pus en toda la cavidad abdominal con infiltración de la herida quirúrgica en su tercio inferior. Se revisa toda la cavidad y no se encuentra perforación de víscera hueca. Muñón vaginal algo desvitalizado, pero indemne. Se procede al lavado de cavidad y drenaje. Se toman cultivos del exudado.

Durante su estancia en reanimación postquirúrgica a cargo del servicio de Anestesia\Ginecología, la paciente mejora de la función hemodinámica y renal. Está en tratamiento con TAZOCTEL 4 g/6 horas. VANCOMICINA 1 g /8 horas y FLUCONAZOL 220 mg/24 horas, Celulitis de ambos miembros inferiores que cede en 48 horas. Se realiza TAC torácico que muestra ateleclasia de ambos lóbulos inferiores pulmonares secundaria a derrame pleural bilateral. Pluria. Trombocitosis reactiva. TAC abdómino-pélvico con cambios mínimos. Con el diagnóstico de sepsis y síndrome de distrés respiratorio, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca".

2. Del HUVA copia de las historias clínicas de la paciente correspondientes a la asistencia recibida en dicho hospital y en la Clínica Médico Quirúrgica San José (aportada a requerimiento del HUVA), así como informes de los facultativos que trataron a la paciente (folios 275 a 337, ambos inclusive).

CUARTO.- Previo requerimiento de la instructora la Inspección Médica emite informe en el que lleva a cabo el juicio clínico y alcanza las conclusiones que se indican a continuación:

"Juicio crítico.

(...)

Referente a la rigidez de codo y neuropatía cubital:

La neuropatía del nervio cubital es una lesión mínima reversible descrita como complicación del encamamiento prolongado y con una incidencia extremadamente baja, y en la que pueden intervenir diversos factores y causas, no estando clara la causa última y necesaria, no siendo por tanto previsible ni evitable su aparición.

La neuropatía puede aparecer aun cuando los cambios posturales se realicen correctamente y no es previsible conforme al estado actual de la ciencia médica.

Según datos en la historia clínica, en su estancia en la UCI del HUVA (Folio 7), la paciente refiere a Reumatólogo, dolores articulares crónicos siendo tomadora habitual de AINES. Se desconoce si la paciente ya presentaba calcificaciones a nivel de codo izquierdo previas a la histerectomía simple, lo que pudo facilitar junto con el encamamiento prolongado la aparición de una rigidez del codo y limitación de la flexión de éste por compresión o atrapamiento del nervio cubital.

La rigidez articular se presenta en el codo con mayor frecuencia que en ninguna otra articulación.

Una vez diagnosticada, se utilizaron todos los medios para facilitar su recuperación. En el año 2006 la paciente refiere también dolor en hombro izquierdo sin hallazgos en RMN de hombro que lo justifiquen y en los años 2010 y 2011 'neuropatía bilateral del nervio mediano, por atrapamiento del mismo a nivel del carpo, de grado leve'.

La neuropatía focal del nervio cubital presentada por la paciente y posterior rigidez del codo ha sido descrita como complicación de encamamiento prolongado y por diversos factores y causas (incluidos factores inherentes a la naturaleza de la paciente), no estando clara la causa última y necesaria, no siendo por tanto previsible ni evitable su aparición.

Referente a la infección de la herida quirúrgica, peritonitis y sepsis postquirúrgica:

La infección de la herida quirúrgica y peritonitis (infecciones de la pared abdominal y pélvicas), son complicaciones que se hayan (sic) descritas en el consentimiento informado como riesgos frecuentes de histerectomía.

Estas infecciones se producen por contaminación de la herida durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Existen características o factores de riesgo, tanto del enfermo como del tipo de procedimiento quirúrgico, que pueden influir en el desarrollo de la infección de la herida quirúrgica.

La histerectomía total, se clasifica como una cirugía limpia - contaminada, dado que la apertura vaginal contamina la cavidad peritoneal con la flora bacteriana de la vagina superior, sea cual fuere el protocolo de preparación preoperatorio al que la paciente haya sido sometida. Riesgo de infección medio (5-15%).

Una de las medidas preventivas es la profilaxis antibiótica preoperatoria o en el momento de la anestesia.

En ginecología las infecciones suelen deberse a *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus*, *E coli*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, y se considera idónea la Cefazolina o cefalosporinas de primera generación.

En este caso, según historia clínica se administra como profilaxis antibiótica cefminox 2 gr iv. (cefalosporina de primera generación) (Folio 167) y según informe de supervisora de quirófanos se cumplieron todas las medidas de asepsia y desinfección de material quirúrgico y quirófanos, siendo además la intervención de la paciente el primer quirófano de la mañana.

Por otro lado, según informe del Comité de Infecciones y Política Antibiótica y responsable del Equipo de Vigilancia y Control de la infección Nosocomial, no se registró ningún caso de infección quirúrgica por estafilococos sensibles o resistentes a meticilina durante el año 2005, distinto al caso que nos ocupa.

Además la paciente presentaba dos factores de riesgo asociados a la infección de la herida quirúrgica: diabetes y obesidad. La hiperglucemia representa un factor de mal pronóstico quirúrgico con repercusión sobre el sistema

cardiovascular, el sistema inmunológico y la homeostasis, favoreciendo un aumento de la susceptibilidad a la inflamación, a la infección y al fallo multiorgánico.

Respecto a la eventración gigante de la línea media abdominal:

La eventración es una complicación tardía frecuente de la laparotomía y contemplada en el consentimiento informado, sobre todo cuando la incisión interesa a la línea media abdominal, pudiendo aparecer tras el 1- 15% de las intervenciones. Por otro lado la infección de la herida quirúrgica contribuye a un debilitamiento de la pared y defectos de unión en piel y tejido subcutáneo favoreciendo la eventración.

Conclusiones

1. Paciente de 43 años, con antecedentes de DM tipo II, obesidad, dislipemia e historia de dolores crónicos articulares (Folio 7), reclama por complicaciones derivadas de histerectomía simple: a) Peritonitis aguda difusa con contaminación de herida en tercio inferior sin perforación de víscera hueca con puntos del muñón original algo desvitalizados; b) Sepsis de probable origen abdominal con aislamiento intraabdominal de S. aureus meticilin sensible; c) Infección de la herida quirúrgica y celulitis en ambos miembros inferiores; d) Sepsis por estafilococo coagulasa negativo meticilin resistente aislado en hemocultivos y en catéter; e) Neuropatía focal del nervio cubital con posterior rigidez de codo y f) Eventración gigante de la línea media abdominal un año después.

2. La histerectomía total, se clasifica como una cirugía limpia- contaminada, dado que la apertura vaginal contamina la cavidad peritoneal con la flora bacteriana de la vagina superior, sea cual fuere el protocolo de preparación preoperatorio al que la paciente haya sido sometida. Riesgo de infección medio (5-15%).

3. Existen características o factores de riesgo, tanto del enfermo (en este caso diabetes y obesidad) como del tipo de procedimiento quirúrgico, que pueden influir en el desarrollo de la infección de la herida quirúrgica.

4. En este caso, se cumplieron todas las medidas de desinfección y profilaxis antibiótica quirúrgica, según informe del equipo de Vigilancia y Control de la infección Nosocomial del Hospital Comarcal del Noroeste e historia clínica, a pesar de lo cual, se produjo infección intraabdominal y de la herida quirúrgica, complicaciones contempladas en el consentimiento informado.

5. La neuropatía focal del nervio cubital presentada por la paciente durante su estancia en UCI del HUVA y posterior rigidez del codo, ha sido descrita como complicación de encamamiento prolongado y por diversos factores y causas (incluidos factores inherentes a la naturaleza de la paciente), no estando clara la causa última y necesaria, no siendo por tanto previsible ni evitable su aparición.

6. La eventración es una complicación tardía frecuente de la laparotomía y contemplada en el consentimiento informado, sobre todo cuando la incisión interesa a la línea media abdominal, pudiendo aparecer en el 1-15% de las intervenciones.

7. Se concluye que, las actuaciones de los facultativos y medidas de desinfección y profilaxis de la herida quirúrgica fueron correctas y acorde a protocolos y líneas de actuación recomendadas".

QUINTO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe médico-pericial emitido colegiadamente por tres especialistas en Ginecología, en el que, tras exponer los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluyen lo siguiente:

"1. X fue sometida a una histerectomía abdominal total conservando anejos en el Servicio de Ginecología del H. Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Tras la intervención apareció una peritonitis difusa que hizo necesaria una laparotomía exploradora a las 72 hs, y un cuadro de sepsis, que obligó a una estancia prolongada en UCI del H.U. Virgen de la Arrixaca de Murcia.

2. Las secuelas por las que se demanda son una hernia laparotómica que obligó a una corrección quirúrgica en Septiembre de 2006 en la Clínica Médico Quirúrgica San José de Alcantarilla y una anquilosis de codo izquierdo.

3. Las complicaciones infecciosas son las más frecuentes en las intervenciones ginecológicas. Para prevenirlas se utiliza la profilaxis antibiótica.

4. El hecho de que la paciente padeciera Diabetes Mellitus suponía un aumento del riesgo para cualquier tipo de infección.

5. Existe constancia en la historia clínica que se administró la profilaxis antibiótica correcta y protocolizada antes de la histerectomía, pese a lo cual no pudo prevenirse ni la infección de la herida ni la sepsis posterior.

6. El origen de la peritonitis fue la infección de la herida quirúrgica por una bacteria (el estafilococo) que habitualmente está presente en la piel pero que se convierte en patógeno cuando se rompe esa barrera natural (p. ej. incisión quirúrgica).

7. Las hernias de pared abdominal aparecen en el 10% de las laparotomías, por lo que se trata de una complicación frecuente e inherente a la técnica de la intervención.

8. El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones surgidas se realizó de forma precoz y utilizando los medios técnicos y terapéuticos adecuados.

9. Las complicaciones relacionadas con la cirugía (reintervención, infección y eventración) son típicas y frecuentes y como tal se describen en los tratados científicos.

10. La actuación de los facultativos de los hospitales Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz, H.U. Virgen de la Arrixaca de Murcia y Clínica Médico Quirúrgica San José de Alcantarilla fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc* y a los protocolos vigentes, sin que existan indicios de mala praxis ni negligencia".

SEXTO.- Otorgado el preceptivo trámite de audiencia la reclamante presentan alegaciones por las que viene a ratificarse en el contenido de su reclamación inicial e indica que se aportará informe médico de las secuelas que padece, sobre todo referidas a la falta de movilidad en el brazo izquierdo. No consta que dicha prueba documental llegara a efectuarse.

SÉPTIMO.- Seguidamente se formula propuesta de resolución desestimatoria; en síntesis, por considerar, conforme con lo expresado en los informes médicos emitidos, que no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y los daños por los que se reclama indemnización.

OCTAVO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La paciente, al sufrir en su persona los perjuicios imputados a la actuación administrativa, consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RRP.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

II. La reclamación se ha presentado en el plazo de prescripción de un año legalmente establecido en el artículo 142.5 LPAC, puesto que la interesada en el momento de ejercitar la acción resarcitoria aún no había sanado totalmente de alguna de las secuelas por las que reclama.

III. Por último, si bien es cierto que el artículo 12.2 RRP, señala que el dictamen del órgano consultivo competente se ha de pronunciar sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, también lo es que para un correcto pronunciamiento sobre dichos extremos el Consejo Jurídico ha de valorar el resto de presupuestos que inciden sobre dicho instituto, incluido el examen del procedimiento seguido en orden a determinar su corrección y las consecuencias que sobre aquél pudieran tener los defectos formales en los que se hubiera podido incurrir. Pues bien, aunque la tramitación ha respetado, en términos generales, lo que sobre este tipo de procedimientos se establece tanto en LPAC como en el RRP, se observa que la instructora debió instar a la reclamante para que concretara la cuantificación económica del daño, dando así cumplimiento a lo que, al respecto, se contiene en el segundo párrafo del artículo 6.1 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

CUARTA.- Sobre el consentimiento informado.

Cabe señalar en primer lugar que la cuestión relativa a la existencia de consentimiento informado para intervención de histerectomía a la que se sometió la paciente, no ha sido planteada en ningún momento por la accionante. No obstante, resulta acertado que la propuesta de resolución se pronuncie al respecto, ya que, como reiteradamente se ha señalado por este Órgano Consultivo, de conformidad con los artículos 89 LPAC y 13.2 RRP, la resolución que ponga fin al procedimiento de exigencia de responsabilidad patrimonial "*decidirá todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo*". Tales preceptos cabe hacerlos extensivos a la propuesta de resolución, en tanto que constituye la base técnica en la que se fundamentará la resolución final del procedimiento y, por lo tanto, repetimos, resulta adecuado que, suscitada en el expediente la cuestión relativa a dicho consentimiento informado, el órgano instructor la haya abordado.

Como quiera que la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a un procedimiento terapéutico invasor o que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, como es el caso, y para obtenerlo habrá de ofrecerse información suficiente al paciente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

Así, partiendo del hecho de que, según reiterada jurisprudencia, el incumplimiento por los servicios médicos de su obligación legal de recabar del paciente el consentimiento informado, y por escrito, para realizar determinadas actuaciones sanitarias constituye un supuesto de mala praxis médica, en el Dictamen 191/06 dijimos que *"la ausencia del documento o la insuficiencia de su contenido no determinan automáticamente la antijuridicidad del daño, si es factible acreditar por otros medios que se dio la necesaria información al paciente. En tales casos, el medio probatorio por excelencia será la historia clínica. Entendida ésta en los términos del artículo 3 de la Ley 41/2002, constituye el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, acreditando, por tanto, su contenido el desarrollo de la relación dialogística entre médico y enfermo, de forma que si de ella se deduce un contacto constante, fluido, desprendiéndose que se ha transmitido la información, podrá concluirse que se han cumplido los deberes que incumben al responsable médico del proceso.*

Si ni tan siquiera en la historia clínica se contienen datos suficientes de los que se desprenda de forma inequívoca que se ha informado al paciente a lo largo de todo el proceso, cabrá incluso admitir otros medios de prueba, tales como la testifical o, incluso, las presunciones".

La validez probatoria de las circunstancias concurrentes en el caso como elementos indiciarios de la existencia del preceptivo y válido consentimiento informado, aun sin constar el documento *ad hoc*, es ratificada por la STS, Sala 3ª, de 25 de junio de 2010. Ahora bien, aunque la jurisprudencia no excluya la validez de cualquier información que no se presente por escrito, en tal caso es a la Administración a la que incumbe la carga de la prueba de la información transmitida (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 4 de abril de 2000).

En el supuesto sometido a consulta, no consta el documento de consentimiento informado que debió suscribir la interesada con anterioridad a someterse a la histerectomía. Sí figuran, sin embargo, los consentimientos informados para la anestesia, para la laparatomía, para el traslado hospitalario, y para cuantas otras actuaciones sanitarias se prestaron a la interesada, lo que evidencia que el HCN cumple habitualmente con los protocolos en relación con dicho consentimiento. Por otro lado en la historia clínica existen indicios que permiten alcanzar la convicción de que se dio información suficiente a la enferma para que ésta pudiera conocer con exactitud los riesgos que conllevaba la intervención a la que iba a ser sometida, y de que, además, se le proporcionó el documento de consentimiento informado (informe del Jefe del Servicio de Ginecología de dicho Hospital obrante al folio 44), y de que, finalmente, el mismo fue firmado por la paciente (hoja de enfermería obrante al folio 167). Circunstancias todas ellas que, puestas de manifiesto a lo largo de la tramitación del expediente, no han sido contradichas por la reclamante, todo lo cual permite afirmar que la omisión del documento de consentimiento informado firmado por la paciente no despliega, en este caso, virtualidad causal alguna en la producción del daño alegado a efectos de responsabilidad patrimonial.

QUINTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

Centrándonos ahora en la alegada mala praxis médica en su sentido material, la reclamante imputa a la Administración sanitaria regional un defectuoso funcionamiento, o una infracción a la *lex artis ad hoc*, consistente en un "error" en la intervención quirúrgica de histerectomía que le fue practicada en el HCN, lo que dio lugar a una serie de complicaciones (reintervención, infección, eventración y falta de movilidad en el brazo izquierdo). Sin embargo, a la vista de los fundados informes médicos del Servicio de Ginecología de dicho Hospital, de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica reseñados en los Antecedentes, que afirman unánimemente que la actuación sanitaria prestada a la paciente fue ajustada a normopraxis, frente a la endeblez de los argumentos

de la reclamante que no aporta informe alguno que respalde sus imputaciones de mala *praxis* médica en la asistencia recibida del sistema sanitario regional, cabe afirmar, conforme a reiterada jurisprudencia y doctrina consultiva, que 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, por lo que la reclamación debe desestimarse.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

