



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **311/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 10 de noviembre 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 8 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **348/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 20 de febrero de 2008, x, en representación de x, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresó lo que sigue.

El 27 de febrero de 2006 su representada se sometió a una histerectomía en el Hospital Naval de Cartagena y como consecuencia de las complicaciones que surgieron tras esa intervención se hubo de someter a otras el 7 y 14 de marzo de 2006 en el hospital "*Santa María del Rosell*", de la misma ciudad. Añade que la paciente hubo de volverse a intervenir el 21 de noviembre de 2006 en el hospital "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia, afirmando que a causa de todas esas intervenciones había sufrido las secuelas que constaban en los informes emitidos tras las pruebas que se le practicaron el 17 y 20 de diciembre de 2007, de los que adjuntaba copia. En el primero de los citados, sobre una ecografía reno vesical, se indica, entre otros aspectos: "*riñón izquierdo: discreta dilatación del sistema excretor, probablemente secuela proceso obstructivo antiguo ya resuelto*"; en el segundo, sobre una urografía intravenosa, se expresa: "*se identificó una cierta irregularidad en el tercio distal del uréter izquierdo, en probable relación con cambios postquirúrgicos*".

Alega que los daños y perjuicios que sufrió la reclamante (daños económicos, secuelas, días de baja médica, daño moral) derivaban del funcionamiento del SMS, solicitando indemnización, que aún no podía determinar.

Adjunta a su escrito algunos documentos de la historia clínica de la paciente.

SEGUNDO.- Mediante oficios de 18 de marzo de 2008 se solicitó a los hospitales citados en la reclamación la correspondiente historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron, en los que se debía

especificar si a causa de la intervención que se le practicó le quedaron secuelas y, en ese caso, desde qué fecha quedarían establecidas.

TERCERO.- Mediante oficio de 9 de abril de 2008, desde el hospital "Santa María del Rosell" se remitió copia de parte de la requerida historia clínica y, mediante oficio del siguiente 14, se remitió informe de 11 de abril de 2009 del Dr. x, Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, que expresa lo siguiente:

"En relación a la reclamación interpuesta por x te informo que el día 27/02/06 se realizó una Histerectomía Abdominal, sin anexectomía. La intervención, por lo que se deduce de la hoja operatoria y el dibujo efectuado por los Cirujanos en dicha hoja, fue de una complicación extrema debido a la cantidad de miomas que presentaba el útero, de tal forma que lo anormal sería que el uréter pasase por su lugar anatómico. Dado la desfiguración anatómica que presentaba la pelvis es totalmente fácil que en la disección de la pieza quirúrgica se pudiera ligar el uréter, al no pasar por su sitio habitual. Igualmente la deformación anatómica y posicional de la vejiga favorecería el que se hubiera podido producir una fístula vésico-vaginal.

Estas complicaciones están determinadas en el consentimiento informado que la señora firmó antes de operarse, donde se detalla tanto lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales, como fístulas vésico-vaginales.

Las lesiones fueron diagnosticadas en el postoperatorio, donde se procedió a la corrección por el Servicio de Urología tanto por Hospital Santa María del Rosell como por el Hospital Virgen de la Arrixaca. Desconocemos por qué actuó el Servicio de Urología de la Arrixaca.

Por último, hay que constatar que, según las pruebas efectuadas a la paciente con fecha 17/12/07 y 20/12/07, que corresponden a ecografías y urografías intravenosas, la paciente queda anatómico y funcionalmente en perfecto estado, por lo que creemos que las lesiones que se causaron se debieron a la dificultad de la intervención, y que posteriormente fue diagnosticada y tratada correctamente".

Posteriormente dicho hospital remitió informe de 27 de junio de 2008 del Dr. x, Jefe del Servicio de Urología, que expresa lo siguiente:

"Relación cronológica de los datos que constan en nuestra historia clínica:

03/03/06: Enferma con antecedentes de laparotomía exploradora por útero miomatoso 5 años antes. No refiere alergias ni otras patologías significativas.

Ingresa de urgencias en nuestro servicio procedente del Servicio de Ginecología (Hospital Naval), donde había sido intervenida el 27/02/06 de histerectomía simple por útero miomatoso.

Nos es remitida por presentar en el postoperatorio inmediato dolor en fosa renal izquierda tipo cólico irradiado a fosa iliaca izquierda, con náuseas y vómitos. No fiebre. No fugas urinarias.

A la exploración, abdomen blando y depresible con puñopercusión renal izquierda positiva.

Urografía intravenosa: RD normal. Ureteropielocaliectasia izquierda grado II, apreciándose uréter hasta el cruce de vasos iliacos. Vejiga deformada.

TAC: Interrupción brusca de contraste en uréter pelviano izquierdo sin objetiva causa.

Cistoscopia: Vejiga con deformación de pared lateral izquierda con fruncimiento y coágulo sobre dicha zona, que dificulta la visión e impide el cateterismo de orificio ureteral izquierdo. Orificio ureteral derecho rechazado medialmente. En días posteriores la enferma permanece estable sin modificaciones del cuadro clínico.

07/03/06: Nefrostomía izquierda.

11/03/06: Pielografía descendente izquierda: el contraste llega hasta la articulación sacroiliaca izquierda.

14/03/06: Reimplantación ureterovesical izquierda: tras identificarse sección de uréter que aparece rodeado de múltiples vasos que sangran con gran facilidad. Se procede a apertura vesical y reimplantación directa sin tensión, dejando sonda doble J de tutor. En días posteriores presenta pérdidas de orina vaginales.

06/04/06: Cistoscopia: se objetiva la presencia de varios orificios fistulosos retro trigonales.

10/04/06: Causa alta con citación para Cistografía.

21/04/06: Cistografía: fístula vesicovaginal.

Se informa a la enferma del diagnóstico de fístula vesicovaginal y que precisará muy probablemente una nueva intervención y se le da fecha para una cistoscopia previa a la cirugía.

La enferma no acude a dicha cita y presenta reclamación en el Servicio de Atención al Paciente, expresando su deseo de ser intervenida en HUV Arrixaca, lo cual se comunica a Dirección para su trámite.

No volvemos a tener noticias de la enferma hasta el 20/09/07, fecha en la que acude a Consulta Externa aportando informe de haber sido intervenida de fistulorrafia vesicovaginal el 21/11/06 en HUV Arrixaca.

Se solicita urografía intravenosa que se informa como normal en la última cita de la enferma (23/01/08), sin que tengamos más noticias de esta asegurada hasta la fecha".

CUARTO.- Mediante oficio de 30 de abril de 2008 desde el hospital "Virgen de la Arrixaca" se remitió copia de la historia clínica de la reclamante, y mediante oficio de 25 de junio siguiente se remitió informe de esa fecha del Dr. x, Médico Adjunto del Servicio de Urología de dicho hospital, que expresa lo siguiente:

"Paciente mujer de 45 años intervenida de Histerectomía simple en otro centro en febrero de 2006. Aportaba informe de alta de ese centro en el que se le había practicado en el post-operatorio de la histerectomía una punción de nefrostomía izquierda, (7/03/06), y un reimplante ureteral izquierdo por hidronefrosis renal izquierda dejando doble J (14/03/06). El 29/03/06, tras retirada de sonda vesical y de catéter doble J, presenta escape de orina por vagina; se le practica entonces cistoscopia en ese centro donde se visualiza varios orificios fistulosos que comunican con vagina.

El 6/07/06 es remitida a nuestro Servicio con el diagnóstico de fístula vésico-vaginal. Aportaba una cistografía retrógrada en la que se contrastaba la cavidad vaginal a través de fístula en pared posterior de vejiga. El 21/11/06 se le practica fistulorrafia vesico-vaginal vía abdominal. El postoperatorio transcurre sin incidencias excepto un cuadro compatible con pielonefritis tras varias semanas de la intervención. El 30/05/07 es vista por última vez en nuestra consulta sin signos de recidiva de la fístula, por lo que se remite para seguimiento en su Hospital de referencia".

QUINTO.- El 23 de septiembre de 2008 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

SEXTO.- Requerida por la instrucción al hospital "Santa María del Rosell" la remisión de la historia clínica completa en ese centro, fue remitida mediante oficio de 3 de febrero de 2009.

SÉPTIMO.- Otorgado un trámite al reclamante para la proposición y práctica de pruebas, el 26 de febrero de 2009 un representante tomó vista del expediente y el 21 de abril siguiente presentó escrito en el que, en síntesis, expresa que falta la historia clínica correspondiente a la intervención quirúrgica realizada a la paciente el 27 de febrero de 2006 en el Hospital Naval de Cartagena, por lo que hasta que no se incorporara al expediente no podía proponer las pruebas.

OCTAVO.- Mediante oficio de 26 de mayo de 2009 se requiere al hospital "Santa María del Rosell" para que indique si la historia clínica de Ginecología de la paciente que remitió en su día es toda la que dispone en dicho centro, contestando éste mediante oficio de 5 de mayo siguiente, en el que expresa que adjunta nuevamente todos los antecedentes de que dispone al respecto, lo que se comunica al reclamante.

NOVENO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 27 de junio de 2011, aportado por la aseguradora del SMS, en el que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. Paciente de 43 años de edad diagnosticada de miomas de gran tamaño, con antecedentes quirúrgicos de cesárea y laparotomía exploradora, en un embarazo.

2. Se hizo el diagnóstico correcto de los miomas y se instauró el tratamiento apropiado, mediante histerectomía total abdominal.

3. La intervención de histerectomía fue dificultosa, por el tamaño y localización de los miomas, así como por los cambios anatómicos debidos a los antecedentes quirúrgicos y a la vascularización anómala.

4. En el curso de la histerectomía se produjo la ligadura del uréter izquierdo, en su tramo distal, que dio lugar a un cuadro de uropatía obstructiva y formación de hidronefrosis.

5. Las lesiones de los uréteres son complicaciones relativamente frecuentes. La incidencia de lesión ureteral en histerectomía abdominal es del 0,5 al 1%. Aproximadamente en una de cada 200 histerectomías se produce una lesión de uréter. Apenas un 30% de estas lesiones son reconocidas en el momento de la intervención.

6. La lesión de un uréter en el curso de una histerectomía no puede considerarse una negligencia o un error médico, sino que se trata de una complicación típica y frecuente de las histerectomías, ya que las vías urinarias son los órganos más frecuentemente lesionados en estas intervenciones, como se refleja en el documento de consentimiento informado de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

7. Se hizo un diagnóstico precoz de la obstrucción ureteral, instaurando, también de forma precoz, el tratamiento provisional, mediante nefrostomía percutánea de descarga.

8. A los 15 días de la histerectomía se procedió a la reimplantación del uréter, con buenos resultados, en cuanto a la función del mismo.

9. Tras la intervención de reimplantación se produjo una fístula vésico-vaginal, cuya causa pudo ser una desvitalización de la pared vesical, debido a las intervenciones sufridas.

10. Se precisó una última intervención para la corrección de la fístula.

11. En revisiones posteriores no se observan secuelas, existiendo una recuperación anatómica y funcional de las vías urinarias.

12. La actuación médica, tanto en los diagnósticos, como en los tratamientos, fue correcta, sin que se observen signos de mala praxis, tras el estudio de la documentación aportada".

DÉCIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 15 de marzo de 2013, en el que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. Paciente de 43 años de edad diagnosticada de útero polimiomatoso de forma correcta, que no desea ser operada, tras revisiones periódicas y constatación de crecimiento de miomas y aparición de nuevos miomas se indica tratamiento quirúrgico, mediante histerectomía abdominal total, de forma adecuada.

Según el protocolo de la IQ se extrajo un útero polimiomatoso con gran mioma cervical polilobulado que fue de muy difícil disección y extracción, la intervención fue muy sangrante y poco reglada por las alteraciones anatómicas tan importantes y la anómala vascularización.

3. En el postoperatorio se diagnostica de hidronefrosis postquirúrgica, realizándose colocación de nefrostomía y reimplantación urétero vesical izquierda de forma correcta y adecuada.

4. El uréter es lesionado durante aproximadamente 2.2% de todas las histerectomías y operaciones pélvicas ginecológicas de rutina y superior al 30% de todas las histerectomías radicales.

5. En las histerectomías hay mayores posibilidades de lesionar a los uréteres cuando las maniobras se ven dificultadas por grandes tumoraciones infiltrantes con procesos adherenciales y fibroplásticos, que a más de fijarse y englobar a estos órganos los desplaza de su lugar anatómico habitual, como sucede según se describe en el protocolo de IQ de la paciente.

6. La lesión ureteral es un riesgo típico descrito en el documento de CI que firmó la paciente.

7. A las 3 semanas desde la realización de la HAT, aparición de incontinencia urinaria y diagnóstico de fístula vésico-vaginal de forma correcta y adecuada.

8. La fístula vésico-vaginal es una complicación típica de la histerectomía, que ocurre entre el 0,1 y el 1,5 % de todas las intervenciones, según distintos autores y estadísticas.

9. La formación de una fístula vésico-vaginal constituye un riesgo típico de la cirugía ginecológica, sobre todo de las histerectomías totales, que se recoge expresamente en los documentos de consentimiento informado.

10. Se hizo tratamiento quirúrgico precoz de la fístula, con buenos resultados y corrección de la incontinencia urinaria dependiente de la fístula".

UNDÉCIMO.- Mediante oficio de 11 de julio de 2013 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo el representante del reclamante el 26 siguiente para tomar vista, presentando alegaciones el 1 de agosto de 2013, en las que, en síntesis, expresa que de los informes emitidos se desprende que en la histerectomía realizada a la paciente hubo una ligadura del uréter izquierdo que dio lugar a

una uropatía obstructiva e hidrofenosis, lo que dio lugar a posteriores intervenciones quirúrgicas. Alega que la lesión del uréter ha sido grave y que pudo evitarse con una buena praxis quirúrgica, pues la mencionada ligadura no era necesaria para que la histerectomía fuese exitosa, y si dicha ligadura se considera un riesgo típico de estas intervenciones, mayor diligencia ha de observarse en evitar que tal complicación se produzca, lo que se debió a una mala praxis quirúrgica. También alega que el documento de consentimiento informado no incluye toda la información exigible. Por todo ello, solicita una indemnización de 65.000 euros, en concepto de días de incapacidad y secuelas, incluyendo sus factores de corrección, expresando que la citada cantidad se ha obtenido utilizando el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, sin mayor concreción.

DUODÉCIMO.- El 19 de septiembre de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos, que no se acredita la existencia de mala praxis médica en la asistencia prestada a la reclamante, antes al contrario, dichos informes concluyen en la corrección de dicha asistencia médica, por lo que no existe la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama indemnización.

DECIMOTERCERO.- 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 el 142.3 LPAC y 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, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para deducir la pretensión resarcitoria por los daños, sufridos en su persona, a que se refiere en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vistas las fechas de los hechos en cuestión en relación con la fecha de presentación de la reclamación.

III. 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.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el

resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. Conforme se desprende de sus alegaciones finales, la reclamante considera que de los informes emitidos se desprende que en la histerectomía que le fue realizada el 27 de febrero de 2006 en el Hospital Naval de Cartagena hubo una ligadura del uréter izquierdo que dio lugar a una uropatía obstructiva e hidronefrosis, lo que exigió posteriores intervenciones quirúrgicas. Alega que la lesión del uréter ha sido grave y que pudo evitarse con una buena praxis quirúrgica, pues la mencionada ligadura no era necesaria para que la histerectomía fuese exitosa, y si dicha ligadura se considera un riesgo típico de estas intervenciones, mayor diligencia ha de observarse en evitar que tal complicación se produzca, lo que se debió a una mala praxis quirúrgica. También alega que el documento de consentimiento informado no incluye toda la información exigible. Por todo ello solicita una indemnización de 65.000 euros, en concepto de días de incapacidad y secuelas, incluyendo sus factores de corrección, y que la citada cantidad se ha obtenido utilizando el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, sin mayor concreción.

En primer lugar, y en cuanto a los daños a considerar, debe destacarse que los informes reseñados en el escrito inicial de la reclamante, en los que basa la determinación de las secuelas que pudieran considerarse producidas al final del proceso terapéutico, sólo indican: *"riñón izquierdo: discreta dilatación del sistema excretor, probablemente secuela proceso obstructivo antiguo ya resuelto"* y *"cierta irregularidad en el tercio distal del uréter izquierdo, en probable relación con cambios postquirúrgicos"*, lo que no es compatible con sus afirmaciones sobre la gravedad de las secuelas. Los informes de la Inspección Médica y de la aseguradora del SMS coinciden en que no puede hablarse propiamente de secuelas, al resultar exitosos los procedimientos quirúrgicos realizados tras la citada histerectomía para resolver las complicaciones surgidas a raíz de la misma.

Por ello, sólo cabría considerar como daño hipotéticamente indemnizable el período de incapacidad temporal de la paciente derivado de las referidas intervenciones quirúrgicas.

II. Sin embargo, a la vista de lo actuado, resulta patente que debe rechazarse toda pretensión indemnizatoria por los hechos en cuestión, y no sólo porque la reclamante no acredite en modo alguno la existencia de una mala praxis en la histerectomía realizada el 27 de febrero de 2006, sino porque los informes emitidos razonan detallada y extensamente lo contrario.

Así, y por lo que atañe especialmente al informe de la Inspección Médica, éste rebate todas las meras alegaciones de la reclamante, del siguiente modo:

"Una fístula vésico-vaginal es un conducto anormal entre la vejiga urinaria y la vagina, lo que da por resultado secreción continua de orina hacia la bóveda vaginal. Es el tipo más frecuente de fístula de las vías urinarias. Las fístulas vésico-vaginales pueden producirse por lesión de las vías urinarias, la fístula puede formarse como una complicación de la extirpación del útero (histerectomía). El 75% de las fístulas vésico-vaginales ocurren tras una histerectomía. La frecuencia de una fístula vésico-vaginal tras una histerectomía oscila entre el 0,1 y el 1,5 %. Pueden aparecer de forma precoz tras la cirugía, entonces los síntomas aparecen inmediatamente tras la intervención y, más frecuentemente, de forma tardía (varios días, semanas e incluso meses después,) debidas a la necrosis por presión (pinzamiento, ligadura o sutura) y/o desvascularización de una porción de la vejiga. (...) Sin embargo, en casi todas las situaciones, las fístulas vésico-vaginales se reparan quirúrgicamente (cierre vésico-vaginal). La reparación quirúrgica puede efectuarse a través del abdomen (reparación abdominal) o la vagina (reparación vaginal). La fístula puede ocluirse mediante una vía de acceso transvesical, transperitoneal, o vaginal, o una combinación de las anteriores.

En este caso, consta en antecedentes personales que, diagnosticada la enfermedad miomatosa, la paciente rehusó tratamiento quirúrgico, con el transcurso del tiempo, en revisiones periódicas, se observa el crecimiento de los miomas y la aparición de nuevos miomas en cavidad uterina, por lo que acertadamente se indica HAT. Según el protocolo de la IQ (hoja 102), se extrajo un útero polimiomatoso con gran mioma cervical polilobulado que fue de muy difícil disección y extracción, la intervención fue muy sangrante y poco reglada por las alteraciones anatómicas tan importantes y la anómala vascularización. En el postoperatorio se diagnostica como complicación de la HAT lesión ureteral izquierda, riesgo típico descrito en el documento de CI (hoja 266) que firma la paciente. En las histerectomías hay mayores posibilidades de lesionar a los uréteres cuando las maniobras se ven dificultadas por grandes tumoraciones infiltrantes con procesos adherenciales y fibroplásticos, que a más de fijarse y englobar a estos órganos, los desplaza de su lugar anatómico habitual, como sucede según se describe en el protocolo de IQ de la paciente, la intervención fue muy sangrante y poco reglada por las alteraciones anatómicas tan importantes y la anómala vascularización. El diagnóstico de la lesión ureteral se realiza de forma correcta y adecuada, así como el tratamiento, según lo publicado en la literatura médica con resolución definitiva de la lesión ureteral, según Ecografía Reno Vesical que concluye en RI: discreta dilatación del sistema excretor, probablemente secuela de proceso obstructivo antiguo ya resuelto. En RD: sin alteraciones, y la Urografía Intravenosa que informa de una correcta concentración y eliminación renal bilateral del contraste yodado administrado e identificación de una cierta irregularidad en el 1/3 distal del uréter izquierdo, probable relación con cambios postquirúrgicos, quedando la paciente anatómica y funcionalmente en perfecto estado.

A la 3ª semana desde la realización de la HAT comienza la paciente a presentar incontinencia urinaria con pérdida de orina por vagina, diagnosticada de fístula vésico-vaginal, esta complicación también está descrita como un riesgo típico de la HAT y se encuentra concretada en el documento de CI (hoja 266) que la paciente firmó. La frecuencia de una fístula vésico-vaginal tras una histerectomía oscila entre el 0,1 y el 1,5 %. Pueden aparecer de forma precoz tras la cirugía, entonces los síntomas aparecen inmediatamente tras la intervención y más frecuentemente, de forma tardía (varios días, semanas e incluso meses después), debidas a la necrosis por presión (pinzamiento, ligadura o sutura) y/o desvascularización de una porción de la vejiga. La fístula ha sido una complicación surgida en el postoperatorio tardío (aparece en la 3ª semana del postoperatorio) como consecuencia de una alteración en la irrigación vascular a nivel del muñón vaginal que posteriormente ocasiona isquemia, necrosis y la producción de un tejido esfacelado cuyo desprendimiento da origen al orificio fistuloso.

El diagnóstico de la fístula se hizo de forma correcta, al igual que el tratamiento, que consiste en insertar una sonda de Foley a permanencia en la vejiga, lo que puede dar por resultado el cierre completo de la fístula después de varias semanas aunque en casi todas las situaciones, las fístulas vésico-vaginales se reparan quirúrgicamente (cierre vésico-vaginal), que fue lo que se realizó a la paciente con buen resultado, según el informe de Ecografía Reno Vesical, que en relación con vejiga urinaria informa que se explora, conteniendo 368 cc. de orina y no hay alteraciones parietales ni en su contenido, y el informe de Urografía Intravenosa, que revela vejiga urinaria sin alteraciones significativas".

En el presente caso, en fin, del informe de la Inspección Médica, así como del de la aseguradora del SMS, se desprende que la asistencia médica pública fue ajustada a la "*lex artis ad hoc*", por lo que, conforme con lo expresado en la anterior y la presente Consideración, no puede considerarse acreditada la existencia de una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.