

En Logroño, a 15 de diciembre de 2008, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**157/08**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. P. J.R. como consecuencia de la asistencia ginecológica recibida en el Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

El 12 de noviembre de 2006, tiene entrada en la Oficina General del Registro del Gobierno de La Rioja un escrito de D. P. J. R. en el que describe la atención ginecológica recibida en el Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, en los términos que a continuación se sintetizan:

-El día 14 de marzo de 2006, se le practicó una histerectomía y, esa misma noche, padeció una hemorragia. A lo largo de la noche, se le realizaron diversos análisis y se esperó a la mañana siguiente, a la visita de planta, para intervenirla quirúrgicamente; lo que se llevó a cabo mediante una Laparotomía exploradora para cortar la hemorragia. En dicha intervención, se produce un abundante sangrado, se aprecia la existencia de un hematoma organizado y se le practica una hemostasia de todos los pedículos y del muñón vaginal.

-Dos meses después de la operación, presenta dolor en región inguinal derecha, que irradiaba a labios mayores, cara anterior del muslo derecho. El 5 de junio de 2006, se realiza una ecografía en la que se objetiva un quiste hemorrágico. Ante la persistencia de los dolores, es atendida en varias ocasiones en los Servicios del citado Complejo Hospitalario, sin que dichos dolores lleguen a desaparecer. Desde finales de septiembre de 2006, acude a un Fisioterapeuta con el que trabaja la elasticidad en la zona de las cicatrices y la movilidad de la pierna derecha. El Médico de Atención Primaria la derivó al Servicio de Medicina Interna, donde la vio el 17 de noviembre de 2006 y le

fueron realizadas pruebas los meses siguientes, siendo dada de alta por la Inspección Médica el 13 de noviembre de 2006.

-Ante la persistencia del dolor, que se extiende a zona de cadera, cara lateral del muslo y cara perineal, con fecha 21 de marzo de 2007, se le realizó un estudio neurofisiológico en resonancia magnética, que se aporta al expediente y de la que reproduce algunos fragmentos. Con motivo del mantenimiento de los dolores, ha sido vista en la Clínica Quirón de Zaragoza, en abril de 2007.

Tras la exposición del relato fáctico, la reclamante aduce:

**Primero**, “Como consecuencia de los dolores y limitaciones que me han quedado tras la operación y la apresurada alta médica, no me he podido reincorporar al trabajo habitual siendo destinada a otro con un nivel distinto...que me supone, amén de una rebaja económica, un daño moral”.

**Segundo**, “No fui informada de los riesgos y complicaciones que podía haber al realizarme la histerectomía, no habiendo firmado el consentimiento informado, que nunca se me presentó a la firma, ni se me leyó ni se me comentaron las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica”.

**Tercero**, “ A la fecha de hoy, aún no se puede determinar el alcance exacto de las lesiones y secuelas, comprometiéndose esta parte a comunicar a este organismo el alcance definitivo de las dolencias una vez realizada una completa valoración”.

Se adjunta al escrito de reclamación: i) un informe de Consulta de Ginecología, de 15 de septiembre de 2006, cuya anamnesis consiste en un control post-histerectómico y en el que se solicitan pruebas complementarias y se diagnostica “*control normal*” (Doc. 1, pág.5); ii) una factura de las sesiones de fisioterapia (Doc.2, pág 6); iii) el estudio neurofisiológico de fecha 21/03/2007 (Doc.3, págs. 7 y 8); iv) factura de la clínica *Quirón* de Zaragoza, de fecha 11/04/2007, relativa a una visita a la Unidad del Dolor, en Consultas Externas (Doc.4, pág 9), y v) la “*Resolución de formalización de cese y toma de posesión en puestos de trabajo efectuados por una misma autoridad*” (Doc.5, pág 10)

## **Segundo**

El 12 de noviembre de 2007, el Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución es notificada al interesado, el 27 de noviembre siguiente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común.

## **Tercero**

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 22 de noviembre de 2007 solicita a la Gerencia del Área de Salud II, *Rioja Media*, Hospital *San Millán* cuantos antecedentes existan en la historia clínica de la reclamante referida a la asistencia prestada, así como copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada “exclusivamente” y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la misma.

#### **Cuarto**

El mismo día 22 de noviembre de 2007, la Instructora remite copia de la solicitud de reclamación a A. G.y C. Compañía de Seguros y Reaseguros, en cuanto aseguradora del SERIS. La citada Compañía acusa recibo por fax el 30 de noviembre de 2007.

#### **Quinto**

El 29 de enero de 2008, fecha del Registro Auxiliar del Servicio Riojano de Salud, se remite, por la Gerencia del Área Unica de salud, Informe de la Dra. B. (pág. 18) e historial clínico de la reclamante. En este último se incluye la siguiente documentación:

i) del Registro de Anestesia- Consulta preanestésica, y los partes de Anestesiología y Reanimación (págs. 20 a 23 vto. y 35 a 37 vto)-, partes de hospitalización y protocolos quirúrgicos (págs 23 a 25); ii) los consentimientos informados de anestesia general y locorregional, histerectomía, laparotomía exploradora; iii) inclusión en lista de espera quirúrgica y para bloqueo de un nervio periférico (págs 26 a 29 y 54 y 54 vto.); iv) el informe de Consulta de Ginecología de control post-histerectómico (pág. 30);v) informes de Consultas Externas (pág. 31); vi) resultados de ecografía ginecológica y Servicio de Análisis Clínicos, (págs. 32 y 33), incluidos los del Laboratorio de Urgencias sobre bioquímica-plasma, hematología y coagulación (págs. 38 y 39); vii) hoja de circulante de hospitalización (pág. 40); viii) informes de biopsia y de alta de hospitalización (págs 41 y 42); ix) informes de evolución clínica, anamnesis y exploración; x) partes de Consultas Externas; xi) informes del Servicio de Traumatología, a petición del Servicio de Medicina Interna; xii) informe de la Unidad de Dolor, a petición del Servicio de Ginecología; y xiii) estudio neurofisiológico (págs 43 a 54; 55 y 56),

A todo ello se añade, a petición de la Instructora, de fecha 29 de febrero de 2008, nueva documentación, consistente en:

El Informe médico emitido por el Dr. C. T., que realizó la histerectomía (pág 59); el emitido por la Dra. B. , que ratifica el contenido de la hoja de quirófano de 25 de marzo de 2006 (pág 62); y el informe de alta (págs 64 y 64).

#### **Sexto**

La Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones para que la Inspección Médica elabore el informe que proceda, que lo emite con fecha de 19 de junio de 2008. Señala éste en las conclusiones:

*“Por lo expuesto, se puede determinar que la paciente, D. P. J. R., sufrió una complicación post quirúrgica frecuente, como es una hemorragia post quirúrgica, sin que se hayan aportado pruebas de que la paciente desconocía el riesgo de la aparición de dicha complicación.*

*Tanto la intervención que ocasionó la hemorragia, como la posterior reintervención se llevaron a cabo de acuerdo con la lex artis.*

*La paciente sufre un cuadro de dolor crónico, sin que sea probado en la documentación aportada (al expediente) que dicho cuadro sea consecuencia directa de la intervención quirúrgica. Distintos informes establecen distintos diagnósticos y sólo uno de ellos habla de “causa probable” a la hora de relacionar el hematoma secundario a la hemorragia post quirúrgica con un cuadro de daño nervioso y, cuando ese mismo informe establece un método de confirmar el diagnóstico, menciona un procedimiento –bloqueo nervioso- que se llevó a cabo sin que conste la anteriormente citada confirmación diagnóstica.*

*En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario”.*

### **Séptimo**

Se ha incorporado al expediente un informe de Dictamed I & I SL, Asesoría Médica, suscrito colegiadamente, el 30 de agosto de 2008, por cuatro Especialistas en Obstetricia y Ginecología (págs.72 a 81). Señala, en las Conclusiones, que:

*“1.- Se trata de un caso de complicación hemorrágica después de una histerectomía, indicada por la existencia de un útero miomatoso, que requirió una intervención posterior para su resolución.*

*2.- La patología que justifica la histerectomía (útero miomatoso) es una indicación correcta y, hoy en día, constituye la principal causa de histerectomía.*

*3.- Las complicaciones postquirúrgicas que aparecieron (hemorragia intraabdominal) están contempladas como posibles en la realización de una histerectomía, y así consta en la literatura analizada (entre el 1-3%)*

*4.- La técnica empleada para la resolución del cuadro hemorrágico fue correcta.*

*5.- No existe un claro diagnóstico referente a los dolores existentes, de distinta localización, con posterioridad a la intervención. De esta forma resulta imposible establecer una relación directa con la misma.*

*6-Los profesionales intervinientes han actuado conforme a la lex artis ad hoc, sin que existan indicios de negligencia en las actuaciones realizadas”.*

### **Octavo**

Con fecha 10 de julio de 2008, la reclamante, representada mediante Procuradora, interpuso recurso contencioso administrativo contra la denegación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por funcionamiento anormal de los servicios públicos Servicio Riojano de Salud (pág. 84).

Consta en el expediente la primera página de la reclamación previa formulada en vía administrativa (pág. 85), así como el escrito de remisión a la Sala de lo Contencioso

administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de los documentos que integran el expediente tramitado a instancia de D. P. J.R. (pág. 86) y la cédula de emplazamiento a posibles interesados en el proceso, de 11 de septiembre de 2008, notificada el 16 de septiembre.

### **Noveno**

La Instructora, comunica a la interesada el trámite de audiencia el 16 de septiembre de 2008, notificado el 19 de septiembre, quien comparece y se le facilita copia de la documentación obrante en el expediente, sin que conste escrito de alegaciones.

### **Décimo**

El 12 de noviembre de 2008, la Instructora elabora propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada, *“porque no ha quedado acreditada la relación de causalidad de los daños alegados con la asistencia sanitaria prestada ni mala praxis alguna por parte de los Facultativos del C.H. San Millán- San Pedro de La Rioja”*

### **Undécimo**

El Secretario General Técnico, por escrito de 17 de noviembre de 2008, solicita informe a los Servicios Jurídicos, que consideran ajustada a Derecho la Propuesta de resolución desestimatoria, de 12 de noviembre de 2008.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito de 21 de noviembre de 2008, registrado de entrada en este Consejo el 1 de diciembre, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 1 de diciembre de 2008 , registrado de salida el mismo mes y año, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una Propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. Al ser la cuantía de la presente reclamación superior a 600 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse 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 la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común.

### **Segundo**

### **Sobre la responsabilidad de la Administración.**

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perezcedera como seres vivos. Por esa razón, la acción

de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*.

Y es que, en materia sanitaria, la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de *medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Esta doctrina general es abundantemente explicitada en la Propuesta de resolución , que partiendo del citado artículo 139.1 de la Ley 30/1992, reproduce los *requisitos necesarios para que proceda la exigencia de responsabilidad patrimonial de de la Administración*, en los términos anteriormente indicados, pero con el soporte jurídico del Dictamen 15/03 de este Consejo, de fecha 10 de marzo de 2003; la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de mayo de 2007 y la de la Sala de lo Contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, nº322/2004, de 27 de mayo de 2004.

La Propuesta abunda sobre la doctrina jurisprudencial consolidada en torno a la configuración de esta *responsabilidad* como “*objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión...porque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido*”, reproduciendo un fragmento de la S.TS de 10 de mayo de 2007.

Posteriormente, la Propuesta pasa a centrarse en la necesidad de una *adecuada relación de causalidad entre el perjuicio cuya reparación se reclama y la acción u omisión de la concreta Administración frente a la que se reclama*, conforme a la S.TS de 20 de abril de 2007 (RJ 2007/4294) y abunda en la exoneración de responsabilidad de la Administración cuando el actuar médico ha sido conforme con la llamada *lex artis ad hoc* mediante cita del Dictamen de este Consejo 107/04, de 21 de diciembre de 2004, y de las sentencias de la Sala de lo Contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja de 27 de mayo de 2004 y 30 de enero de 2007.

Finalmente, explicita los requisitos necesarios para que no se produzca un daño antijurídico, pues, siguiendo la STS de 3 de octubre de 2000 (DJ 2000/7799), *“faltando el elemento de la antijuridicidad del daño, y con ello el título de atribución a la Administración, no puede apreciarse la concurrencia de de responsabilidad patrimonial, pues basta esta conclusión negativa con la ausencia de uno de los requisitos exigibles, aunque concurran los demás”*.

Los elementos que deben darse para que concurra la falta de antijuridicidad en los supuestos de riesgo típico o inherente al tratamiento médico o quirúrgico son: 1.-que los profesionales actúen conforme a la *lex artis*, 2.- que el daño producido constituyera un riesgo inherente al proceso médico al que le paciente es sometido y 3.- *que el paciente fuera correctamente informado del proceso y de los riesgos que habitualmente conlleva, ofreciendo su consentimiento expreso o tácito*. En igual sentido se pronuncia la Sala de lo Contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, en Sentencia nº 27/2007, de 30 de enero de 2007(JUR/2007/219461).

### **Tercero**

#### **La responsabilidad de la Administración en el presente caso.**

En el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, se trata de dilucidar si existió relación de causalidad entre las actuaciones médicas practicadas a D. P. J. R. y los daños que afirma haber sufrido como consecuencia de la mismas, y, por tanto, si los profesionales que la atendieron actuaron conforme a la *lex artis*, cumpliendo con las prácticas y reglas de su profesión, que comprenden no sólo las actuaciones médicas adecuadas, sino también el deber de información al paciente de los riesgos derivadas de las mismas.

#### **1.- La asistencia médica recibida por la reclamante, según la documentación obrante en el expediente administrativo.**

Según consta en el expediente, y en particular en el informe emitido por el Dr. C. T. (pág 59) y en la copia de inclusión de la lista de espera quirúrgica (págs 29 y 30 ), la reclamante acude, el día 3 de octubre, a la Consulta de Ginecología donde se le detecta un mioma uterino. El día 17 de noviembre de 2005, según copia del registro de anestesia, acude a Consulta preanestésica (págs 20 a22) y, el 14 de marzo de 2006, según el protocolo quirúrgico de la propia intervención realizada, se lleva a cabo una histerectomía simple que “transcurre sin incidencias” (págs 59 y 66). El resultado del análisis anatomopatológico “confirma la presencia en la pieza extirpada de un leioma uterino” (págs 41, 42 y 66).

Durante el postoperatorio, la paciente sufre una hemorragia postquirúrgica que precisa intervención , que se realiza el 15 de marzo de 2006. En ella, se encuentra un hematoma organizado a nivel de arteria uterina derecha y sangrado por todos los pedículos del muñón vaginal y del peritoneo visceral. Ante la posibilidad de un desgarró, se avisa al Servicio de Cirugía General, que amplía la laparatomía. “Se revisa cavidad, bazo, parenquima hepático, asas y epiplón. Se procede al cierre por campos, sin nada más digno de resaltar” (pág 62). Consta en el expediente el Informe de alta de hospitalización el 28 de marzo de 2006 (pág. 42).

D. P. acude a Consultas Externas el día 5 de junio de 2006 para control posthisterectomía y, en la ecografía realizada, se detecta un quiste hemorrágico funcional de ovario derecho , solicitándose nueva ecografía , que se realiza el 6 de septiembre de 2006, por el Dr. M. S. (págs 31 y 32) y que constata la presencia de ovarios normales “hecho que es la evolución habitual del diagnóstico previo de quiste funcional” (pág 18).

La paciente es derivada por su Médico de Atención Primaria a Consultas Externas de Medicina Interna. Según informe emitido por la Dra. M., con fecha 17 de noviembre de 2006, el motivo de la derivación es “dolor en región cicatrizal hipogástrica” y el juicio clínico “dolor inguinal derecho de posible etiología muscular” (pág, 46 a 47 vto). Con fecha 22 de diciembre de 2006, en la copia de evolución clínica consta “Alta” (pág. 47, vto.).

El 21 de marzo de 2007, se realiza a D. P. un estudio neurofisiológico en el que destaca que:

*“el estudio es compatible con afectación de los nervios ilioinguinal y femorocutáneo derechos de intensidad moderada y tipo mixto” “Son probables como mecanismos etiológicos la neuroapraxia y/o isquemia nerviosa (compresión nerviosa directa o compromiso neurológico indirecto por daño vascular causados por hematoma actualmente resuelto)”.* “Dadas las limitaciones de las técnicas neurofisiológicas para el diagnóstico de lesión en estas estructuras nerviosas en particular, se podría recurrir a la infiltración anestésica local de las mismas como diagnóstico de confirmación” (págs 7 y 8, 52 y 53).

La paciente, según consta en la hoja de consulta emitida por el Dr. E., es derivada a la Unidad de Dolor para valoración y, conforme a la hoja de evolución clínica de dicho Servicio, D. P. acude varias consultas (Vid págs 46 a 51 y 55 y 55 vto.). El 16 de noviembre, se realiza “bloqueo de los nervios ileoinguinal y femoro cutáneo derechos” (pág. 55 vto). El día 21 de noviembre, acude a revisión, especificando la historia clínica que “sigue igual más o menos” (pág. 55vto). Finalmente, según copia del Informe de asistencia, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro el 12 de enero. Presenta un cuadro de dolor y refiere haber padecido “dolores parecidos” desde su operación, que “ya está en tratamiento en la Unidad del Dolor” La impresión clínica es de “ciatalgia aguda” (págs 63 y 64).

## **2.- Sobre la relación de causalidad entre la atención prestada por el servicio Riojano de Salud y los daños alegados por la reclamante.**

Descritas las actuaciones médicas practicadas a D. P. J., del conjunto probatorio obrante al expediente se extrae que no existe relación de causalidad entre la asistencia prestada por los Facultativos del SERIS y los daños alegados por la paciente.

A) A la paciente se le practica una histerectomía simple, que según la pericial médica aportada (págs 72 a 81) es “el procedimiento más frecuente dentro de la Ginecología... indicado para los minomas uterinos “ (pág 77), sin que, en la hoja de protocolo quirúrgico, se señale incidencia alguna (págs 23 a 25). El informe anatomopatológico posterior a la histerectomía (págs 41 y 42,) confirma el diagnóstico inicial de un mioma uterino, lo que establece, según la Inspección médica, la idoneidad del tratamiento (pág 68); y el citado protocolo especifica la técnica utilizada de manera minuciosa, realizándose un pinzamiento y sección del paquete de ambas arterias uterinas y de ambas paracervicales, con posterior sutura de las mismas (págs. 24 y 25), de donde los Especialistas médicos, en su informe pericial, concluyen que “la indicación de la técnica realizada (histerectomía) en este caso era correcta y sujeta a los actuales protocolos” (pág. 78) y la Inspección médica afirma que ésta, “de acuerdo con la documentación disponible, fue llevada a cabo según la *lex artis*” (pág 68).

B) Durante el postoperatorio inmediato, es diagnosticada de una hemorragia postquirúrgica, necesitando reintervención mediante laparotomía, que se realiza el 15 de marzo de 2006. En el protocolo quirúrgico de esta intervención se describe la existencia de un hematoma organizado a nivel de arteria utrina derecha, con sangrado de todos los pedículos, realizándose hemostasia de los mismos, del muñon vaginal y de peritoneo visceral.

Los Expertos en Ginecología y Obstetricia coinciden en afirmar que las complicaciones específicas de la histerectomía pueden ser, entre otras, “Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión intra o postoperatoria), o “Reintervención quirúrgica” ; por lo que “la existencia de cualquier tipo de hemorragia en el curso de una histerectomía es una complicación típica, ampliamente descrita” (págs 77 y 78). Es, como indica el Informe de la Inspección médica, “la segunda complicación en frecuencia tras una histerectomía” (pág. 68). “De hecho, en las series más amplias al respecto, se señalan incidencias que oscilan entre el 1-3% de los casos”. Es –según los expertos- “una eventualidad que puede ocurrir como consecuencia del aflojamiento de en la ligadura o una retracción del vaso, fenómenos en los que resulta muy difícil su causa”, de manera que “si un Cirujano liga exactamente igual todos los pedículos vasculares durante la intervención ¿por qué se afloja uno?. Es una pregunta que, hoy por hoy, no tiene respuesta”. Todo ello permite concluir a los Especialistas que “las complicaciones

postquirúrgicas que aparecieron están contempladas como posibles en la realización de una histerectomía y que la técnica empleada para la resolución del cuadro hemorrágico fue correcta” (pág. 79).

**C)** Con posterioridad a la reintervención, D. P. sufrió un cuadro de dolor localizado en el lado derecho de la cicatriz abdominal y, posteriormente, en otras localizaciones (glúteo, cara posterior del muslo, etc.).

Según los Facultativos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, “la posibilidad de lesión de nervios periféricos, aun siendo muy infrecuente, también ha sido ampliamente documentada” (pág 79). Ahora bien, a la vista de la documentación aportada en el expediente, no está aclarada la implicación de los nervios ilioinguinal y femoro-cutáneo, en ella no se establece una causa definitiva para dicha afectación, mencionándose únicamente como “causa probable” (pág 52), reconociéndose “las limitaciones de las técnicas neurofisiológicas para el diagnóstico de lesión de estas estructuras nerviosas y se menciona la infiltración anestésica local como diagnóstico de confirmación” (pág 52). La paciente se sometió a dicha infiltración anestésica local tras la cual consta que “sigue igual más o menos” (pág. 55vto), sin que conste confirmación del diagnóstico en documento alguno. Antes bien, según copia del Informe de asistencia a el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro del 12 de enero, la paciente presenta un cuadro de dolor y refiere haber padecido “dolores parecidos” desde su operación, que “ya está en tratamiento en la Unidad del Dolor” y la impresión clínica es de “ciatalgia aguda” (págs 63 y 64) y que, según la hoja de evolución clínica, el 22 de diciembre de 2006, el Facultativo se refiere a un “dolor inguinal derecho de posible etiología muscular” (pág. 47 y 47 vto).

Por tanto, no existe un diagnóstico claro respecto a los dolores existentes, de distinta localización con posterioridad a la intervención quirúrgica y, en consecuencia, resulta imposible establecer una relación directa con la misma. Lo único que queda claro, a la vista de las pruebas aportadas es que, en las actuaciones realizadas por los Facultativos que intervinieron en el proceso de atención médica a la reclamante, no se aprecia negligencia alguna.

**D)** Alega la reclamante que “como consecuencia de los dolores y limitaciones que me han quedado tras la operación y la apresurada alta médica, no me he podido reincorporar a mi trabajo habitual, siendo destinada a otro, con un nivel distinto en la Consejería de Educación, Cultura y deporte, que me supone, amén de una rebaja económica, un daño moral”. Y, en este punto, si no se ha probado que los dolores padecidos por la reclamante sean consecuencia de las intervenciones practicadas, difícilmente el cese en el puesto de trabajo como consecuencia de estos puede tener su causa en aquellas. No obstante, a la vista de las pruebas aportadas no queda acreditado que dicho cese guarde relación alguna con la patología de aquella. El cambio de puesto y

salario a los que hace referencia D. P. no queda probado que tenga su causa en la existencia de una incapacidad sobre la que nada se alega ni prueba; sino que es debida a la asignación de otro puesto de trabajo por concurso.

No existe en el expediente administrativo prueba alguna de la incapacidad de la reclamante para desempeñar su puesto de trabajo anterior, ni relativa a la vía administrativa ni judicial. Únicamente se aporta por la afectada la “Resolución de formalización de cese y toma de posesión en puestos de trabajo efectuados por una misma autoridad” (pág. 10), que en su apartado 5: “Causa del cese” indica “asignación puesto por concurso”.

E) Aduce, asimismo, la reclamante que no fue informada de los riesgos y complicaciones que podía haber al realizarse la histerectomía, no habiendo firmado el consentimiento informado, que nunca se le leyó, ni se le comentaron las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica.

Aún cuando en la Propuesta de resolución (pág. 98) se afirma que esta cuestión “resulta irrelevante para el presente caso..., puesto que los daños alegados, afectación de los nervios ilioinguinal y femorocutáneos derechos y del nervio iliohipoástruco, no suponen, en ningún caso, la materialización de riesgos de la intervención practicada el 14 de marzo, ya que no son consecuencia de esta, sino de una patología distinta e independiente, cuyo origen se desconoce, como se ha expuesto”, es lo cierto que, en el historial clínico aportado al expediente constan los consentimientos informados de las pruebas anestésicas (pág 26), de la laparotomía exploradora (pág 28), así como de otras pruebas practicadas, incluido el bloqueo nervioso periférico (pág 54), todas ellas firmadas por la reclamante ; pero no aparece firmado por ésta el consentimiento informado sobre la práctica de la histerectomía, al que se circunscribe el defecto alegado.

No obstante, frente a ello, el informe del Dr. C. T. que, como se ha dicho con anterioridad, realizó la mencionada intervención quirúrgica indica que “la paciente fue rigurosamente informada de la operación que se le haría con participación por parte de ella en la conversación” y que “las causas por las que ella posteriormente, en el momento de ingreso, no firmó el consentimiento informado de histerectomía las desconozco”, pero afirma con contundencia que “lo que sí está claro es que, en el momento de la indicación quirúrgica, D. P. J. R. fue claramente informada de la intervención que se le iba a realizar” (pág. 10).

Es pues, la palabra de la reclamante frente a la del Facultativo que la atendió como paciente y le practicó la intervención quirúrgica. Pero debe tenerse en cuenta que la información de la paciente se da por acreditada por la Inspección médica al afirmar que “según la documentación disponible en esta Inspección médica, D. P. J. R. fue informada del tratamiento mas oportuno, de los riesgos, de las complicaciones y de las secuelas” (pág

18). Y es que, en efecto, consta en el expediente (pág 34) que fue el mismo Dr. C. quien atendió a D. P. el día en que fue incluida en la lista de espera, el 3 de octubre de 2005, para someterse a una histerectomía, con “conservación de ovarios” y, en dicha hoja de inclusión en la L.E quirúrgica, consta el consentimiento firmado de la paciente, “explicándole las posibles alternativas terapéuticas a su padecimiento, riesgos, complicaciones, resultados y secuelas, aconsejándole el tratamiento quirúrgico” (pág 34 in fine). Y ello respalda documentalmente la afirmación del Facultativo y del Médico Inspector.

**F)** En definitiva, en el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, los profesionales que atendieron a la reclamante actuaron conforme a la *lex artis*, incluido su deber de informar a la paciente de tal proceso y de los riesgos que habitualmente conlleva expresando esta su consentimiento. La hemorragia postoperatoria constituye un riesgo típico inherente al proceso médico al que la paciente es sometida y los dolores y limitaciones posteriores a la reintervención quirúrgica no se ha acreditado que guarden relación de causalidad con la asistencia sanitaria prestada.

Por tanto, al no existir relación de causalidad entre la actuación sanitaria y los dolores y limitaciones posteriores alegados por la reclamante, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D. P. J. R. frente al Servicio Riojano de Salud.

## **CONCLUSIONES**

### **Única.**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. P. J. R., al no existir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y los daños reclamados.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero