

Expediente Núm. 131/2006
Dictamen Núm. 166/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General accidental:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de julio de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 18 de mayo de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada a instancia de don, como consecuencia de la defectuosa asistencia médica prestada en el Hospital

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 12 de febrero de 2005, don, que actúa en nombre y representación de don, según poder para pleitos, de fecha 3 de octubre de 2003, que acompaña, presenta en las dependencias de Correos y Telégrafos de una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada al perjudicado en el Hospital, de

Inicia su reclamación señalando la negativa de dicho centro hospitalario a facilitarle una copia íntegra de la historia clínica de su representado. A continuación relata que, "con fecha de 9 de noviembre de 2001, (el perjudicado) ingresó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de de, por presentar un dolor en la zona abdominal de repetición en los 10 meses anteriores (...)./ Tras su ingreso en el Servicio de Medicina Interna, se le diagnostica una colecistitis aguda alitiásica, con una buena evolución inicial./ El 28 de noviembre de 2001 se le practica una colangiopancreatografía retro endoscópica (CPRE)./ Tras esta prueba, y ante el empeoramiento del estado del paciente, se le practica el 3 de diciembre de 2001 una ecografía, que muestra asas del intestino delgado dilatado y líquido libre. Se le mantiene el tratamiento, y a los 5 días comienza a presentar picos febriles y leucocitosis, por lo que se le realiza un TAC de urgencia el día 7 de diciembre, observándose la existencia de colecciones y probable colecistitis aguda perforada, por lo que se le traslada al Servicio de Cirugía".

Añade el interesado que en el informe "de la Dra. de fecha 11 de diciembre de 2001", que acompaña, "consta no sólo lo relatado en este punto, sino que en el diagnóstico, además de la colecistitis alitiásica diagnosticada al ingreso del paciente en el Servicio, se hace referencia expresa, entre otros extremos, a `pancreatitis aguda post-colangiopancreatografía retrógrada` (...)./ Ingresado en el Servicio de Cirugía, el mismo día 7 de diciembre de 2001 se le realiza una laparotomía de urgencia, que refleja hemoperitoneo (sangre retenida) que se extiende hacia retroperitoneo (...). Se realiza una colecistectomía y lavado de la cavidad abdominal, dejándose drenaje./ Dado que durante el postoperatorio presenta evisceración al retirar los puntos, se le interviene nuevamente el día 19 del mismo mes y año, realizándose una revisión de la cavidad abdominal ante la persistencia de drenaje hemático y cura radical con evacuación del hematoma".

Continúa relatando que "se le realiza el 22 de diciembre de 2001 un TAC abdominal urgente 'con hallazgo de masa de densidad heterogénea de

morfología tubular que se extiende desde cabeza pancreática hasta hipogastrio, compatible con hematoma desde raíz de mesenterio hasta hipogastrio en diferente estado evolutivo', por lo que se decide su traslado al Hospital de a fin de realizarle una arteriografía (...). El 23 de diciembre de 2001 ingresa en el Servicio de Cirugía General del Hospital de, presentando hipoproteinemia, leucocitosis y hemoglobina baja, y practicándosele una arteriografía, siendo ésta normal./ El 28 de diciembre aparece un dolor epigástrico súbito con hipotensión, por lo que se le efectúan un TAC urgente, que revela la existencia de un neumoperitoneo, líquido libre y hematoma en la raíz del mesenterio./ Ante la sospecha de una perforación, es de nuevo intervenido quirúrgicamente el 29 de diciembre del mismo 2001, se practica una laparotomía y se encuentra líquido libre maloliente y negruzco, hematoma en la pelvis, hematoma retroperitoneal roto a cavidad con aspecto infectado, no evidenciando perforación alguna. Se realiza entonces un lavado y colocación de drenajes en pelvis y zona retroperitoneal (...)./ El 6 de enero de 2002 se le vuelve a realizar otra laparotomía, encontrándose con 4 litros de sangre libre sin coágulos, observando además un hematoma en la raíz del mesenterio (...)./ Ante la situación del paciente se le ingresa en la UVI el 7 de enero, donde se observa anemia importante con drenajes hemáticos y deterioro de la función renal./ El día 10 de enero de 2002 se le vuelve a intervenir quirúrgicamente, evidenciándose abundante cantidad de sangre y coágulos, pequeños hilos sangrantes en hilio hepático y raíz del mesenterio, y realizándose ligadura de la arteria gastroduodenal a 3 mm. de su origen, sutura y drenajes", permaneciendo en dicha unidad, según señala el interesado hasta el 8 de abril de 2002, cuando se le traslada a planta objetivándose una muy importante atrofia muscular y desnutrición, con infección en la orina que precisa tratamiento con antibióticos.

Posteriormente, continúa su relato, "el día 13 de mayo de 2002 (el perjudicado) es ingresado en la Clínica de (...), dándosele de alta el 7 de junio de 2002./ (...) El 12 de junio de 2002 es atendido por el Servicio de

Rehabilitación del Hospital por su atrofia muscular y paresia global debido a su encamamiento prolongado, dándole el alta el 5 de mayo de 2003”.

Concluye señalando que, “en total, el (perjudicado) permaneció en ingreso hospitalario, a los efectos que ahora interesa, desde el 28 de noviembre de 2001 (fecha en que se le practica la CPRE) hasta el 7 de junio de 2002 (cuando se le da el alta en el Hospital de), esto es, durante 191 días, de los cuales 91 fueron en la UVI, y debiendo ser intervenido durante este periodo en nada menos que en 5 ocasiones./ Además, hubo de permanecer sometido a tratamiento rehabilitador desde el 12 de junio de 2002 hasta el 5 de mayo de 2003, esto es, durante 327 días”, y en la actualidad, señala, el perjudicado “presenta cicatrices quirúrgicas muy antiestéticas en la zona abdominal, que aún a día de hoy están sin cicatrizar completamente. Literalmente, señala el Dr. como secuelas:/ `cicatrices quirúrgicas muy antiestéticas a nivel de la línea media abdominal, supra e infraabdominal de unos 20 cm. de longitud, que todavía presenta una zona sin cicatrizar completamente, otra de unos 15 cm. a nivel de hipocondrio y vacío derecho, dos grandes eventraciones tanto en el lado derecho, como en el izquierdo que necesitarán ser tratadas quirúrgicamente para su reducción`”.

Sobre el origen de todos los daños sufridos, indica en primer lugar el reclamante que, según relata el propio perjudicado, “ni se le informó de los riesgos que presentaba la prueba que se iba a practicar (la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en adelante CPRE), ni se le recabó el consentimiento para su práctica”, añadiendo que, “toda vez que no se nos ha facilitado la historia clínica completa, desconocemos si efectivamente ello ha sido así”.

Continúa señalando que todas las complicaciones que presentó el perjudicado “son consecuencia de la prueba de CPRE que le fue practicada porque, en primer lugar, ninguna de ellas aparece reflejada en los informes anteriores a la fecha en que se le realizó dicha prueba. De hecho, el motivo del ingreso fue un dolor epigástrico que, según el informe de la Dra. (doc. n°

4) era secundario a `colecistitis alitiásica´; en consecuencia, inicialmente el tratamiento que se le dio (y frente al que evolucionó favorablemente), era precisamente para tratar esa colecistitis aguda. Tampoco las pruebas que se realizaron al paciente antes de la CPRE (RX de tórax, TAC abdominal y ecografía) revelaban alguna de esas complicaciones, ni el paciente presentaba síntomas demostrativos de las mismas./ Es más, ni siquiera el informe de la CPRE (doc. nº 5) recoge estas complicaciones, sino que en el apartado `diagnóstico endoscópico´ refiere únicamente `probable colelitiasis. Colangiografía normal´. Ninguna alusión entonces a hemorragias, pancreatitis o colangitis”.

Argumenta en definitiva el reclamante que “no cabe sino concluir que el perjuicio sufrido por mi representado (...) guarda una relación de causalidad directa y exclusiva con la práctica de la CPRE, toda vez que:/ A su ingreso, y antes de la práctica de dicha prueba, no presentaba las patologías que posteriormente aparecieron./ Que tales patologías comenzaron escasos días después de la práctica de la CPRE./ Que tales patologías (perforación, hemorragia, pancreatitis y colangitis) son todas ellas, además, complicaciones típicas de la práctica de la CPRE”, y que “no cabe invocar en contra que tales complicaciones son normales o intrínsecas a la CPRE, pues lo cierto es que únicamente se presentan cuando la prueba no se ha realizado conforme a la lex artis, esto es, cuando con ella se produce una perforación de la vesícula biliar y pancreatitis aguda. Responden, en suma, a una mala técnica al efectuar la exploración señalada”.

Sobre la cuantificación del daño, señala que “se valoran las lesiones, atendiendo a los días que tardó en curar, los días que permaneció ingresado en el centro hospitalario, así como especialmente la gravedad de su estado y larga permanencia en la UVI y sucesivas intervenciones padecidas, en 24.000 €. Igualmente, procede valorar las secuelas (perjuicio estético) en 12.000 €”, finalizando su escrito solicitando una indemnización de “36.000 € (treinta y seis mil euros), previo reconocimiento de la existencia de un supuesto de

responsabilidad por el Hospital de

Junto con el escrito de reclamación presenta el interesado copia de la siguiente documentación: escritura notarial de poder para pleitos, de fecha 3 de octubre de 2003, otorgada por el perjudicado a favor del reclamante; escrito del Director Gerente del Hospital, de fecha 10 de febrero de 2004, en respuesta a una solicitud de información sobre el proceso asistencial en dicho centro; informe médico privado, de fecha 3 de noviembre de 2004, realizado por un catedrático del Área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de Oviedo, sobre "la asistencia médica recibida (por el perjudicado) por el Hospital de `.....` de, durante su estancia al efectuarle la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y su relación con las secuelas que presenta en la actualidad", junto con dos fotografías del perjudicado; informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de fecha 11 de diciembre de 2001; informe de CPRE de fecha 28 de noviembre de 2001; informe del Servicio de Cirugía General, de fecha 13 de septiembre de 2002, "complementario al del Sº de M.I."; informe radiológico del Hospital, de fecha 22 de diciembre de 2001; informe del Servicio de Cirugía General del Hospital, de fecha 13 de mayo de 2002; informe del Hospital de, de fecha 7 de junio de 2002; e informe de la consulta de Rehabilitación, del Centro de, de fecha 5 de mayo de 2003, que recoge la asistencia prestada en dicho centro desde el día 12 de junio de 2002 hasta el día 5 de mayo de 2003, en el que recibe el alta. En el apartado de "tratamiento y evolución", recoge lo siguiente: "en la actualidad refiere buen estado general, camina y sube-baja escaleras y cuestas con frecuencia, es independiente para las AVD, y persisten algunas molestias en el hombro izquierdo".

En el informe médico privado, de fecha 3 de noviembre de 2004, aportado por el reclamante, el autor señala las siguientes conclusiones: "1ª.- Que existe relación directa de las secuelas que presenta en la actualidad (el perjudicado), con la atención sanitaria dada por el Hospital de `.....` de al efectuarle la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica./ 2ª.- Que toda la

problemática presentada al paciente y descrita en los antecedentes es debida a la perforación de la vesícula biliar y pancreatitis aguda, por mala técnica al efectuar la exploración anteriormente citada./ 3ª.- Que las secuelas que padece son las descritas anteriormente”.

2. El día 23 de febrero de 2005 el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante SISPS) notifica al interesado que “con fecha 16/02/05 ha tenido entrada” su reclamación, indicándole que se tramitará en dicho Servicio y la normativa aplicable al procedimiento.

3. Mediante escrito del día 18 de febrero de 2005, el SISPS comunica a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias que ha sido designada para elaborar el informe técnico de evaluación correspondiente.

4. Mediante escritos fechados el día 23 de febrero de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto solicita al Hospital, al Hospital y al Hospital, “una copia de la historia clínica completa” del perjudicado en los respectivos centros.

5. Mediante escrito fechado el día 1 de marzo de 2005, el Subdirector del Hospital remite al SISPS “una copia íntegra del historial clínico” del perjudicado, que recoge documentación entre las fechas de ingreso (13 de mayo de 2002) y alta (7 de junio de 2002) y un documento posterior, de fecha 24 de junio de 2004.

6. Mediante escrito fechado el día 2 de marzo de 2005, el Gerente del Hospital remite a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto una “copia de la historia clínica completa” del perjudicado, que recoge documentación desde el día 15 de mayo de 2000 hasta el día 23 de diciembre

de 2001, fecha de alta por traslado al Hospital Entre dicha documentación, y relacionada con el motivo de reclamación del perjudicado, figura la siguiente:

a) Informe del Servicio de Medicina Interna, de fecha 11 de diciembre de 2001, sobre el proceso asistencial prestado desde la fecha de ingreso (9 de noviembre de 2001) hasta el alta por traslado al Servicio de Cirugía (7 de diciembre de 2001). En el mismo se indica, en el apartado "evolución y comentarios", que "al ingreso se localiza en hipocondrio dcho. con hallazgo inicial de vesícula distendida, iniciándose tto. como una colecistitis aguda litiásica con una buena evolución inicial, pero solicitándose CPRE ante la no evidencia en los estudios de imagen de cálculos, comenzando posteriormente con dolor en hipocondrio dcho. (...), sin observarse en ecografía del 3/12/01 alteraciones a nivel de la vesícula, bazo, riñones o lóbulo hepático dcho. (...), comenzando el día 5 a presentar picos febriles así como leucocitosis, motivo por el cual se realiza TAC de urgencia el día 7 de diciembre observándose la existencia de colecciones y probable colecistitis aguda perforada, motivo por el cual se traslada al S. de Cirugía".

b) Informe del Servicio de Cirugía General, de fecha 13 de septiembre de 2002, sobre la asistencia prestada desde la fecha de ingreso (7 de diciembre de 2001) hasta la del alta por traslado al Hospital (23 de diciembre de 2001). En este informe se señala lo siguiente: "se realiza laparotomía de urgencia encontrándose hemoperitoneo (sangre retenida) que se extiende hacia retroperitoneo por el flanco derecho sin objetivarse causa de sangrado (...). Se realiza colecistectomía y lavado exhaustivo de cavidad abdominal (...)./ Durante el curso postoperatorio presenta evisceración al retirar puntos de piel, por lo que es intervenido nuevamente (19/12/01) realizándose revisión de cavidad abdominal por persistencia de drenaje hemático sin evidenciarse puntos de sangrado intraabdominales (...)./ En el postoperatorio de la segunda intervención el paciente presenta anemia sin sangrado a través de drenaje abdominal y dolor (...) por lo que se realiza TAC urgente abdominal, con hallazgo de masa de densidad heterogénea de morfología tubular (...),

compatible con hematoma desde raíz de mesenterio hasta hipogastrio en diferente estado evolutivo, motivo por el cual se decide traslado al Hospital de para realización de arteriografía”.

7. Con fecha 2 de marzo de 2005, el Secretario General del Hospital remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia “de la historia clínica completa (del perjudicado) que figura en el archivo de este hospital con el nº”. Dicha documentación recoge exclusivamente la asistencia prestada al perjudicado como consecuencia de un accidente de tráfico, habiendo ingresado inicialmente en Urgencias del Hospital de el día 14 de enero de 2004, y siendo trasladado con posterioridad al Hospital, donde fue dado de alta el día 9 de febrero de 2004.

8. Con fecha 13 de octubre de 2005 la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de detallar los antecedentes del caso, que no difieren en lo sustancial de los relatados por el interesado, señala lo siguiente: “se trata de un paciente de 53 años que presenta dolores abdominales de larga evolución localizados en el hipocondrio derecho./ Es ingresado en el hospital para estudio de ese dolor, solicitando una serie de pruebas al objeto del establecimiento de un diagnóstico./ Entre las pruebas prescritas se encuentra un TAC abdominal y un enema opaco, en el que se aprecia una impronta en el ángulo hepático del colon, unido a una distensión de vesícula, que hace sospechar en el TAC, la existencia de una obstrucción a este nivel bien tumoral, bien litiásico. Se practican más pruebas como ecografía y se considera necesario así mismo la práctica de una CPRE, para confirmación diagnóstica, previamente a su realización se firma el consentimiento informado, detallando en el documento en qué consiste la técnica, las posibles alternativas, las posibles complicaciones y los porcentajes de fracasos en su realización, tras la realización de esta prueba diagnóstica, el paciente presentó dolor abdominal y elevación de

amilasa y amilauria, aplicando tratamiento preciso, pero una semana después de realizada la misma, comienza el paciente con fiebre, necesitando realizar pruebas de imagen para encontrar la causa, y entre las pruebas realizadas, se solicita un TAC abdominal en el que se pone de manifiesto la existencia de signos compatibles con una colecistitis aguda con reacción pancreática, escribiendo el radiólogo entre sus hallazgos como un cuadro compatible con perforación vesicular”.

Añade, a continuación, que la evolución del paciente “siguió con necrosis de pared vesicular y perforación de la misma en un segundo tiempo, (recubierta por eplipon), siendo el paciente intervenido en tiempo y forma correcta y en función de los hallazgos intraoperatorios de acuerdo con la protocolización consensuada, confirmando la existencia de una colecistitis aguda con cálculo enclavado en conducto cístico./ No se encontró bilis en peritoneo, como sería lo preceptivo en el caso de perforación de vesícula biliar, sino hemoperitoneo con sangre de origen pancreático, cuadro compatible con pancreatitis necrótico hemorrágica./ La anatomía patológica que describe microscópicamente la pieza extirpada no habla de perforación vesicular, sino de colecistitis aguda y crónica con colelitiasis./ Por tanto, no puede hablarse de nexo causal entre la realización de la CPRE y la perforación vesicular./ No hay base para hablar de accidente yatrogénico”.

Por todo ello, y como conclusiones, expone la Inspectora de Prestaciones Sanitarias las siguientes: “Que el enfermo fue ingresado de manera correcta para el estudio de dolor abdominal de larga duración./ Que, entre las pruebas solicitadas están las habituales ante este tipo de patología, y que en base a los hallazgos, se solicitó de forma correcta una prueba más sofisticada como la CPRE, firmando el paciente el CI, documento que detallaba en qué consistía la técnica, sus alternativas y casuísticas del procedimiento, y las posibles complicaciones, entre las que se recogía la pancreatitis secundaria a esfinterotomía y la perforación duodenal./ Que pudo haber perforación vesicular, pero en el contexto de una colecistitis aguda y no como yatrogenia

de la CPRE./ Que tras la realización de una laparotomía y comprobada la existencia de una pancreatitis necrótico hemorrágica, se trató ésta de forma conveniente./ Que el estudio anatomopatológico de la pieza extirpada no confirma la existencia de una perforación vesicular./ Que a la vista de la documentación examinada se encuentra que los profesionales intervinientes en el proceso asistencial del paciente lo hicieron de forma correcta, ajustándose a la `lex artis`, sin evidenciar `mala praxis`, ni lesión yatrogénica de la vesicular biliar”.

Finaliza su informe señalando que la reclamación debe ser desestimada “ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

9. Mediante oficios de fecha 17 de octubre de 2005, el informe técnico de evaluación es remitido a la Secretaría General del SESPA y a la correduría de seguros.

10. El día 4 de noviembre de 2005, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito solicitando que “se le notifique la resolución expresa de la (...) reclamación o bien se le expida el certificado acreditativo del silencio producido”, sin que conste en el expediente que dicha solicitud haya sido resuelta.

11. El día 15 de noviembre de 2005 se notifica al interesado la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una copia de la relación de documentos obrantes en el mismo.

12. El día 21 de noviembre de 2005 toma vista del expediente un abogado autorizado por el representante del interesado, mediante escrito de fecha 18 de noviembre de 2005 que figura incorporado al expediente. A dicha persona se le hace entrega de una copia del expediente, que en ese momento está integrado

por quinientos ochenta y tres (583) folios numerados, según diligencia suscrita por dicho representante y una funcionaria de la Administración.

13. El día 24 de noviembre de 2005 el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito de alegaciones, que es remitido por dicho Servicio al de Inspección Sanitaria por oficio del día 25 de noviembre de 2005.

Comienza el interesado por señalar que el informe técnico de evaluación “ratifica lo expuesto en el escrito de reclamación previa de esta representación en cuanto a los días que tardó en curar el (perjudicado) y secuelas que presenta actualmente”. Sin embargo, añade que “existe una total discrepancia en cuanto a la causa de dicho daño”, que la Inspectora autora del informe “atribuye a la colecistitis supuestamente padecida por el paciente ya a su ingreso en el Hospital el día 9 de noviembre de 2001”, señalando que, “los informes médicos que constan en el expediente en modo alguno apoyan tal conclusión. Son varias las consideraciones que cabe hacer al respecto./ En primer lugar, es de señalar que la reclamación presentada por esta representación no se funda exclusivamente en la perforación de la vesícula como consecuencia de una mala práctica de la CPRE, sino en las demás complicaciones sufridas por el Sr. (...)./ Tampoco entra el informe a evaluar la posibilidad de que tales complicaciones se derivasen de la esfinterotomía que se le practicó al Sr. en el mismo momento que la CPRE, máxime teniendo en cuenta que ambas técnicas comparten igual cuadro de complicaciones./ Y por último, tampoco entra a valorar el por qué el estado del (perjudicado), como analizaremos a continuación, empeora gravemente justo después de la práctica de la CPRE y de la esfinterotomía”.

“En segundo lugar, el informe técnico de evaluación atribuye la perforación vesicular a la colecistitis aguda que presentaba el paciente a su ingreso en el Hospital/ Según los informes médicos obrantes en el expediente, tenemos que en el momento del ingreso del Sr. en el Hospital

..... el diagnóstico era el de colecistitis litiásica, practicándosele diversas pruebas tendentes a confirmar o rectificar el diagnóstico./ Mientras se le realizaban estas pruebas, al paciente se le dio tratamiento para tratar esa colecistitis, respondiendo bien al mismo (...)./ La mejoría del paciente llegó a ser tal que incluso el Sr. solicitó a los médicos el alta, que le fue negada en espera de la práctica de la CPRE (...). Así lo hizo, y se le practicó la CPRE. Y fue precisamente a partir de este momento cuando el estado de mi representado empeoró. Así se demuestra sin género de dudas de las hojas de curso clínico que obran en el expediente”, por lo que concluye este punto el interesado señalando que “si sólo tras la práctica de la CPRE aparecen síntomas indicativos de un órgano perforado, e inmediatamente después de la realización de esta prueba, ¿no es lógico suponer que la causa de la perforación, es precisamente, esa prueba?, y si con esa prueba se ha perforado un órgano, ¿no es lógico suponer que se ha practicado con una técnica defectuosa?/ Ciertamente que el informe de anatomía patológica (folio 334) no habla de perforación de la vesícula, pero no es menos cierto que la perforación pudo producirse en el duodeno. En cualquier caso, tras la práctica de la CPRE aparecieron claros síntomas de perforación de un órgano (¿de dónde si no provenía la sangre que reiteradamente se encontró en su abdomen?)”.

“En tercer lugar”, añade el reclamante, se habría producido un “retraso en el diagnóstico”, puesto que, “incluso admitiendo que todas las complicaciones sufridas por mi representado derivaron de una inicial colecistitis que posteriormente evolucionó a aguda causando la perforación de la vesícula, como defiende el informe técnico de evaluación, el mismo señala que `según bibliografía contrastada, se establece que las colecistitis agudas evolucionan, si no son tratadas, hacia una colecistitis aguda gangrenosa y en estos casos tras la necrosis de la pared vesicular se produce la perforación de la misma en un segundo tiempo´./ Pues bien: son numerosas las ocasiones en que informes de la historia clínica del (perjudicado) en el Hospital se refieren a la presencia de un dolor abdominal de 9 ó 10 meses de evolución./ Sirva de ejemplo la

petición de consulta del Servicio de Medicina Interna al de Cirugía (folio 229), donde se señala: “paciente de 53a en estudio hace 9 meses por epigastralgia + dolor en HI con vómitos”, o el informe de alta del Servicio de Medicina Interna para traslado al de Cirugía, donde se dice “paciente de 53 años con historia de episodio de dolor punzante, epigástrico, transverso a región lumbar hace unos 10 meses”./ Además, a los folios 356, 332 y 328 aparecen informes del Servicio de Urgencias de ingreso del (perjudicado) en los meses de febrero, julio y octubre, respectivamente, por los mismos síntomas que motivaron su ingreso en el mes de noviembre. Igualmente, al folio 336 consta informe de Urgencias donde, tras marcar como motivo de la consulta dolor abdominal, se apunta “visto en este Servicio hace 48 h. por el mismo motivo”.

En cuarto lugar, continúa señalando el interesado, se habría producido un “error en el diagnóstico”, puesto que, según relata, desde la fecha de ingreso “las pruebas que le practicaron motivaron continuamente diagnósticos contradictorios, para finalizar con una prueba anatomopatológica de la vesícula entonces extirpada que demostraba que, efectivamente, era litiásica”.

Sobre el tratamiento antibiótico realizado tras la CPRE, señala el interesado que “tras la práctica de la CPRE, al paciente no se le hizo un hemocultivo, para ver si tenía infección hasta el 7-12-01 (folio 214), que dio positivo para streptococcus, y posteriormente, el 10-12-01 (folio 215) positivo también para klebsiella pneumoniae y escherichia coli./ De la misma forma, tras la práctica de la CPRE el 28-11-01, y según se desprende de las hojas de órdenes de tratamiento (folios 235 a 238), no se le administraron antibióticos hasta el día 7-12-01, tras practicársele una laparotomía y ya bajo los cuidados del Servicio de Cirugía del mismo hospital./ En suma, mientras el paciente estuvo ingresado en el Servicio de Medicina Interna, ninguna precaución se adoptó para evitar una infección que, en consecuencia, llegó posteriormente a producirse”.

Finalmente sobre el consentimiento informado, señala, en primer lugar, que “la firma que consta en dicho documento no es la del (perjudicado), que

parece un simple garabato no coincidente con la real de mi representado./ En segundo lugar, consta acreditado que al (perjudicado), al momento de practicársele la CPRE, se le realizó también una esfinterotomía (...). Pues bien: respecto a esta técnica nada aparece en el consentimiento informado, salvo que se considere incluida en la expresión general “y las técnicas complementarias que, a juicio de los profesionales que la lleven a cabo, sean necesarias o convenientes por las complicaciones o hallazgos que surjan durante la misma”. Inclusión que en cualquier caso resulta inadmisibile toda vez que si los riesgos que comportaba la esfinterotomía excedían con creces de los derivados de la CPRE (...), debería haberse informado expresamente al paciente sobre la entidad de los mismos y recabado su consentimiento expreso para practicarle esta prueba en concreto, y no otra. No se puede entender cumplida la obligación de informar y recabar el consentimiento del paciente mediante la firma de un documento en que con una fórmula general se da completa libertad al personal médico para realizar las pruebas que en cada momento le parezca, sin que en este caso, además, hubiese razones de urgencia o necesidad vital que justificasen tal actitud. El médico no puede decidir si enfrenta o no al paciente a determinados riesgos, y éste es precisamente el espíritu y finalidad del consentimiento informado que ha sido quebrantado en el suceso que nos ocupa./ Además, y según se desprende de la lectura del texto de este documento, parece que la CPRE es una técnica diagnóstica prácticamente inofensiva (“aunque es molesta, apenas tiene complicaciones”), cuando en la realidad casi le cuesta la vida a mi representado (...)./ Lo cierto es que, usando términos jurisprudenciales, estamos ante un resultado francamente desproporcionado en relación a la entidad de la prueba que desencadenó todo el cuadro posterior, y desproporcionado también en relación a los fines diagnósticos que con la misma se pretendía”.

Termina su escrito señalando que “aunque las complicaciones que ha sufrido el (perjudicado) vengan reflejadas como posibles en el documento de consentimiento informado, el mismo no se puede convertir, por su firma, en

una cláusula de exoneración de responsabilidad, ni de por sí concluye una actuación a la *lex artis*. Si se ha realizado mal la CPRE, por más que esta posibilidad esté prevista en el consentimiento informado, se genera una responsabilidad por negligencia”.

14. Con fecha 2 de diciembre de 2005, el instructor del procedimiento remite una copia de las alegaciones a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

15. Con fecha 27 de abril 2006 el instructor eleva propuesta de resolución en sentido desestimatorio, recogiendo, en cuanto a los hechos, la precisión de que se realizó la CPRE el día 28 de noviembre de 2001, “previa firma del consentimiento informado específico”. En cuanto “al procedimiento instruido”, señala el informante que “al expediente, entre otros, se han incorporado los siguientes documentos:/ (...) Informe de los médicos especialistas en Cirugía General de la compañía aseguradora (...) (siguen a continuación cuatro nombres), siendo estos tres últimos especialistas en Digestivo, además”.

Después de relatar las diferentes pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas a las que el perjudicado fue sometido, coincidentes en lo sustancial con el relato de hechos del interesado, señala el instructor en los fundamentos jurídicos que, “en lo que se refiere al caso concreto que nos ocupa, el reclamante no aporta prueba o indicio alguno que permita mantener que las lesiones que padece el reclamante sean consecuencia de la intervención quirúrgica realizada el 28 de noviembre de 2001. Aun acogiendo la doctrina más flexible relacionada con la apreciación de la concurrencia del nexo causal, tampoco puede presumirse que el hecho de que el paciente sufriera una perforación en la vesícula biliar es imputable a la citada CPRE. A tales efectos, basta con leer las conclusiones alcanzadas por el Médico Inspector en el informe que figura aportado al expediente patrimonial:/ ` la perforación de la vesícula biliar al realizar la CPRE, parece que no está descrita en los tratados de

la CPRE, porque para perforar el fondo vesicular, habría que introducir un fiador a través del esfínter de Oddi, avanzar hasta el conducto cístico, penetrar en la vesícula y llegar al fundus y atravesarlo. El recorrido sería aproximadamente de unos 15 cms., todo ello bajo visión directa. Por tanto complicación no posible. / En los mismos términos se pronuncian los especialistas en Cirugía cuyo informe se une por la compañía aseguradora, afirmando que: "en ningún tratado de ERCP, se describe la perforación de vesícula al realizar la técnica, simplemente porque es imposible. / En suma, la lesión que presenta el reclamante se produce por causas ajenas al servicio sanitario, sin que haya tenido relación causal alguna la actuación quirúrgica, ya que sencillamente el nexo causal que invoca el reclamante en su escrito: es imposible".

Añade, a continuación, que "la perforación vesicular únicamente se describe en un TAC, realizado una semana después de la intervención pero ni en los hallazgos de las intervenciones protocolizadas se habla de que la vesícula estuviera perforada, ni que existiera bilis en el peritoneo como sería lo preceptivo en el caso de perforación de vesícula biliar, ni en la anatomía patológica que describe microscópicamente la pieza extirpada se habla de perforación vesicular biliar, sino de hemoperitoneo con sangre de origen pancreático, cuadro compatible con pancreatitis necrótico hemorrágica. Siendo la pancreatitis un riesgo típico descrita en toda la literatura". Por ello, razona, "tampoco concurre el segundo de los requisitos (que configuran la responsabilidad patrimonial), la antijuridicidad, aunque pueda considerarse, en mera hipótesis, claro está, que existe una relación de causalidad entre la intervención quirúrgica y la lesión del paciente, no podría proclamarse que concurre responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, ya que existe un título jurídico que impone al ciudadano un deber de soportar el daño sufrido. / El paciente firmó el consentimiento informado, documento que detalla en qué consiste la técnica de la colangiografía endoscópica retrógrada terapéutica, sus alternativas y casuística del procedimiento, y las posibles complicaciones, entre las que se recogía la pancreatitis secundaria a

esfinterotomía y la perforación duodenal”.

Sostiene el instructor que “los profesionales que asistieron al paciente lo hicieron correctamente ajustándose en todo momento a la *lex artis*, de manera que el daño reclamado no puede recibir la nota de antijuridicidad./ En primer lugar, es necesario destacar que la prueba realizada de CPRE en el contexto de la sintomatología del paciente era absolutamente necesaria e indicada, así se desprende del informe emitido por los especialistas (...), cuyo dictamen se aporta al expediente a instancias de la compañía aseguradora (...). Finalmente, además, aunque, en términos hipotéticos e incluso contrarios a lo acreditado en los informes médicos emitidos sobre el caso, y claro está desde las manifestaciones del reclamante, se considere la posibilidad de que efectivamente no se tratara de un hemoperitoneo con sangre de origen pancreático sino de una perforación de la vesícula biliar, podemos concluir sin ánimo de duda que esa perforación debe entenderse en el contexto de una colecistitis aguda, y no como yatrogenia de la CPRE realizada”.

Concluye el instructor su propuesta señalando que “no concurre en el presente expediente ni el imprescindible nexo de causalidad directo, inmediato y objetivo entre la prueba de CPRE y el daño invocado, y en ningún caso se acredita incumplimiento por parte de los facultativos especialistas de los postulados de la *lex artis ad hoc*, lo que determina la desestimación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 18 de mayo de 2006, registrado de entrada el día 23 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, está el perjudicado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron; y dicho perjudicado puede actuar a través de representante con poder bastante al efecto.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas". En el presente caso, se presenta la reclamación el día 12 de febrero de 2005. Si bien el alta del Servicio de Rehabilitación tiene fecha de 5 de mayo de 2003, en el informe técnico de evaluación recoge la Inspectora de las Prestaciones Sanitarias la existencia de "cicatrices quirúrgicas antiestéticas (...) de unos 20 centímetros de longitud y otra de unos 15 centímetros (...), dos grandes eventraciones en lado derecho e

izquierdo que necesitarán ser tratadas quirúrgicamente para su reducción". Por tanto, y puesto que el plazo de prescripción ha de computarse desde que finalice el proceso asistencial o se determinen las secuelas, es claro que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de audiencia al interesado y propuesta de resolución; sin embargo no se ha incorporado al expediente el informe del servicio afectado por la reclamación.

Igualmente hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que si bien se comunica por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias la incoación del

procedimiento y la normativa aplicable, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado.

Además, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Habiéndose registrado la solicitud en el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias el día 16 de febrero de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 23 de mayo de 2006, el plazo de resolución y notificación se ha rebasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

No obstante, al margen de lo anterior, existen dos defectos formales insalvables. El primero, ya indicado, consiste en que no se han incorporado al expediente los informes de los servicios “cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, tal y como específicamente dispone el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, lo que impide cualquier consideración sobre el fondo del asunto.

En segundo lugar, en la propuesta de resolución se señala expresamente por el instructor que ha analizado un informe pericial elaborado por cuatro especialistas a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, recogiendo en su propuesta párrafos textuales de dicho informe. Pues bien, tal informe pericial no ha sido incorporado al expediente y, en consecuencia, se ha privado al interesado de la posibilidad de conocer su contenido y de presentar las alegaciones que considere.

Por todo ello, deben solicitarse los informes señalados y, una vez evacuados, con carácter previo a recabar nuestro dictamen, abrir un nuevo trámite de audiencia, incorporando, en su caso, las alegaciones que se efectúen y nueva propuesta de resolución.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible, en el estado actual del procedimiento, un análisis y un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada y que, por ello, debe retrotraerse el procedimiento a fin de cumplimentar cuanto queda expuesto en el cuerpo de este Dictamen.”

V.E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL ACCIDENTAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.