

Expediente Núm. 172/2006  
Dictamen Núm. 174/2006

**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:  
*Fernández García, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de septiembre 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 23 de junio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don ....., por lo daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un déficit asistencial y de diagnóstico en la red hospitalaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 9 de junio de 2005 tiene entrada en el Registro General de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por don ..... por la asistencia sanitaria prestada al perjudicado en la red hospitalaria pública asturiana. Tal reclamación fue remitida a la Administración del Principado de Asturias, registrándose de entrada en el Registro General de la misma el día 13 de junio de 2003.

Expone el reclamante en su escrito que es beneficiario de la Seguridad

Social y relata que en “el mes de septiembre de 2003 lo pasé muy mal, aquejado de un gran cansancio. Sin embargo, en los análisis que me fueron realizando, nunca me dijeron que apareciera nada anormal”. Añade que “el día 30 de septiembre de 2003, ingresé en el Servicio de Urgencias del Hospital `.....´ de ..... (...)./ Tras realizarme TAC, me fue diagnosticada `Trombosis cerebral izquierda´./ Comenzaron a administrarme tratamiento con anticoagulantes”.

Continúa relatando que “el día 1 de octubre de 2003, fui trasladado al Hospital ..... de ....., ingresando en el Servicio de Neurología, donde continuaron el tratamiento con anticoagulantes durante una semana (...)./ El día 8 de octubre de 2003, fui trasladado al Servicio de Neurocirugía (...). Se me realizó un RMN, tras la cual se me diagnosticó `Mielopatía Cervical´, indicándome tratamiento quirúrgico, el cual debió retrasarse debido al tratamiento con anticoagulantes que me habían estado administrando./ No pudo practicarse la intervención quirúrgica hasta el día 24 de octubre de 2003”.

Añade que “durante la intervención, se me lesionó la `duramadre´, quedando un punto débil por donde puede salir líquido cefalorraquídeo al espacio extradural y acumularse, presionando la médula”. Refiere a continuación que “el día 25 de octubre de 2003, me diagnosticaron una teraperesia progresiva tras la intervención quirúrgica. Ese mismo día fui trasladado a planta donde permanecí toda la noche aquejado de dolores (...), sin que ningún médico acudiera a visitarme (...)./ La atención dispensada por los facultativos y demás personal sanitario fue de absoluta dejadez y desatención (...). Nadie acudió en mi ayuda, a pesar de los continuos y cada vez mayores dolores que sentía en las cervicales y en la cabeza. No fueron atendidos mis ruegos ni los de mi esposa”.

Continúa relatando que “al día siguiente, 26 de octubre de 2003, mi estado empeoró notablemente. No obstante ello, ningún médico me visitó hasta las 13'15 horas del día siguiente./ Al realizar esta visita, el doctor indicó la realización urgente de intervención quirúrgica, 48 horas después de la primera (...). Tras esta intervención, fui trasladado a la UVI e intubado./ Durante este

tiempo que permanecí ingresado en UVI me fueron apareciendo escaras por el cuerpo". Añade que "el día 8 de noviembre de 2003, ante mis dificultades respiratorias, el Dr. (...) decidió realizar una traqueotomía (...)./ Mi evolución en UVI es mala, aparecen más escaras, sale líquido por el drenaje y sufro episodios de fiebre (...) recibiendo el alta el día 1/12/03".

Refiere a continuación que "el día 9 de diciembre de 2003 fui trasladado al Centro de ..... de Toledo. Allí me indicaron la presencia de una escara de 14 x 11 cms., necrosada y que desprendía un fuerte olor; la cual curó tras siete meses de cuidados específicos (...)./ El día 30 de marzo de 2004, fui trasladado al hospital `.....´ de Toledo para intervención quirúrgica de colección líquida por fistula de LCR a nivel cervical posterior sobre lecho de laminectomía previa (...). El día 30 de junio de 2004 fui dado de alta en el Centro de ..... de Toledo, precisando de la utilización de una silla de ruedas para mis desplazamientos, así como de una sonda vesical".

Prosigue relatando que "el día 2 de julio de 2004, acudí a consulta en el Hospital de ....., donde se me prescribió tratamiento rehabilitador con carácter urgente (...). Dicho tratamiento comenzó el día 5 de julio de 2004, finalizando un mes después, el día 5 de agosto de 2004 (...), yo mismo he continuado realizando ejercicio físico en mi domicilio". Añade que "el día 11 de noviembre de 2004 ingresé en el Hospital Nacional de ..... de Toledo, para revisión programada".

Respecto de las secuelas, refiere ser "capaz de caminar ayudado de dos muletas, aunque sólo una corta distancia (aproximadamente 100 metros), y siempre en un medio adaptado a mis limitaciones. Para desplazamientos mayores, preciso de la silla de ruedas./ Presento las siguientes secuelas neurológicas, además del consecuente daño estético:/ Paraparesia./ Parestesias e hipoestesia./ Dolor radicular./ Vejiga neurógena, orinando por rebosamiento./ Frecuentes contracturas musculares./ Hábito intestinal estreñado". Añade además ser "portador de una sonda evacuadora, que me ha ocasionado episodios de infección urinaria, precisando ingreso hospitalario (...)./ Me ha sido reconocida una minusvalía del 70 %".

Por todo lo anteriormente expuesto, indica que “ha existido en el presente caso una actuación de los Servicios Sanitarios Públicos del Principado de Asturias que en modo alguno se ajusta a la `Lex Artis ad Hoc`”.

En particular refiere que “existió un error diagnóstico, consecuencia de la no utilización de los medios disponibles al efecto./ Cuando ingresé en el Servicio de Urgencias del Hospital (...) se me diagnosticó `Probable accidente cardiovascular hemisférico´, pautándose la toma de anticoagulantes (...). Ante un diagnóstico no confirmado, existían otras posibilidades diagnósticas que debieron ser estudiadas mediante la realización de las pruebas diagnósticas que fueren necesarias./ Consecuencia de lo anterior, se me prescribió un tratamiento con anticoagulantes totalmente contraindicado, sometiéndome a un riesgo de hemorragia innecesario”. Añade que “no fue hasta mi traslado al Hospital ..... de ..... cuando se observó que el diagnóstico emitido en el Hospital `.....´ de ..... no estaba claro, solicitando la realización de RNM para comprobar el diagnóstico. No obstante ello, continuaron administrándome anticoagulantes./ La realización de RMN también se demoró en el tiempo (...), y a pesar de ello, seguían administrándome un tratamiento del que podía derivarse riesgo de hemorragia”.

Expone a continuación que “la primera intervención quirúrgica (...) se demoró en el tiempo, condicionado precisamente por la acción de los anticoagulantes, erróneamente pautados” e indica además que “tampoco el trato observado por los facultativos y demás personal sanitario del Hospital ..... de ..... fue correcto. Existió una escasa atención y seguimiento de mi evolución clínica mientras permanecí ingresado en el Servicio de Neurocirugía, caracterizada por la dejadez y desidia a la que me vi abocado. Tal dejadez queda plasmada en la prescripción de analgésicos vía telefónica que el doctor realizaba a la enfermera, ante mis continuas muestras de dolor./ Lo mismo cabe decir de mi estancia en UVI tras la intervención recibí la adecuada atención./ Las importantes escaras que presentaba en el momento de mi ingreso en Toledo son una clara muestra de la desatención de la que fui objeto. Durante mi estancia hospitalaria en Oviedo, ninguna enfermera se preocupó de

cambiarme periódicamente de posición en la cama, para evitar precisamente la aparición de escaras”.

Finalmente, indica que “nadie me informó, ni tampoco a mi familia, de las alternativas terapéuticas o quirúrgicas, riesgos y beneficios de cada una de ellas; ni yo ni ninguno de mis familiares hemos suscrito documento de consentimiento informado”.

Alega además una “disposición inadecuada de personal médico y sanitario del Hospital ..... de ....., por una falta organizativa en relación a la operatividad y/o coordinación de los mismos (...). Ambos centros hospitalarios debieron actuar de forma coordinada, teniendo en cuenta que no existía un diagnóstico certero./ Tampoco durante mi estancia de hospitalización (...) comprobamos ni yo ni mis familiares que existiera una asistencia médica coordinada entre facultativos y personal de enfermería, ni en los cuidados diarios ni en la indicación terapéutica”.

Por último, concreta que “ha existido en el presente caso (...) un no correcto funcionamiento por falta de calidad asistencial y de diagnóstico, una clara acción negligente o reprochable por no haber sido atendido adecuadamente por los empleados del Servicio Público de Salud./ Existió un grave error diagnóstico por no utilizar los medios disponibles, como lo era la RMN, para un diagnóstico certero, a pesar de la existencia de un diagnóstico en duda, no comprobado. De dicho error diagnóstico inicial se derivó la prescripción también errónea de anticoagulantes, creando un riesgo de hemorragia./ De otro lado, la actividad desplegada por los servicios médicos públicos se caracteriza, en el presente caso, por una absoluta dejadez y falta de atención hacia un paciente. Fueron escasas las visitas de los médicos; y el trato desplegado por las enfermeras y auxiliares de absoluta desidia hacia mi persona./ Se faltó al deber objetivo de seguimiento de la evolución, postoperatoria a una paciente, apareciendo escaras importantes de 11 x 14 cms., que precisaron de 7 meses de curación en el Centro de ..... de Toledo, dado su avanzado estado necroso”.

Termina solicitando “una indemnización de 600.000 euros por las

gravísimas y fatales consecuencias, derivadas de un error diagnóstico por no utilización de los medios disponibles, producto de un déficit asistencial y de diagnóstico desplegado por la Sanidad Pública, caracterizada por una dejadez absoluta en la asistencia a un paciente, así como en una total falta de información y diagnóstico ni al paciente ni a la familia de las posibilidades terapéuticas, riesgos/beneficios; así como por los daños derivados, secuelas y por el daño moral causado al paciente y a su la familia; además de los gastos derivados de tratamientos rehabilitador, farmacéutico y ortopédico, y los que resultaren necesarios para la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de mi vivienda a mi nueva situación; ocurrido todo ello en el ámbito de la prestación de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social”.

Junto con el escrito de reclamación presenta el interesado: 1) Informe de Radiología del Hospital ....., datado el día 30 de septiembre de 2003. 2) Curso Clínico del paciente (Hospital .....) datado el mismo día. 3) Órdenes Terapéuticas del Hospital ..... datadas el día 30 de septiembre de 2003. 4) Curso Clínico del Hospital ..... desde el día 1 de octubre de 2003 hasta el día 6 del mismo mes. 5) Informe de Enfermería, de fecha 1 de octubre de 2003. 6) Órdenes Terapéuticas del Hospital ....., desde el 1 de octubre de 2003 hasta el día 14. 7) Informe de Alta del Servicio de Neurología del Hospital ..... de fecha 7 de octubre de 2003 y traslado a Neurocirugía. 8) Hojas de Intervención Quirúrgica del Hospital ..... datadas el día 24 de octubre de 2003. 9) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital ....., de fecha 8 de octubre de 2003. 10) Observaciones de Enfermería (Hospital .....), desde el día 1 al 25 de octubre de 2003. 11) Informe médico -Hoja de Anestesia- del Hospital ..... datado el día 26 de octubre de 2003 sobre realización urgente de intervención quirúrgica. 12) Hoja de Intervención quirúrgica de Traqueotomía. 13) Informe del Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía del Hospital ..... fechado el día 1 de diciembre de 2003. 14) Informe de alta en el Servicio de UVI del Hospital ..... datado el día 1 de diciembre de 2003. 15) Historia Clínica a la fecha del ingreso en el Hospital Nacional ..... de Toledo el día 9 de diciembre de 2003. 16) Fotografías de las escaras. 17) Ficha de Fisioterapia Respiratoria del

Hospital Nacional ..... de Toledo. 18) Ficha de Fisioterapia Muscular. 19) Ficha de Terapia Ocupacional. 20) Informe Clínico de Alta de UCI, fechado el día 11 de diciembre de 2003. 21) Consentimiento Informado para Intervención Quirúrgica de Plastia Sacra en el Hospital Nacional ..... de Toledo, de fecha 21 de enero de 2004. 22) Informe de Rehabilitación del referido Hospital ....., datado el día 20 de febrero de 2004. 23) Informe del hospital “.....” de Toledo, datado el día 1 de abril de 2004, para intervención quirúrgica de colección líquida por fístula de LCR a nivel cervical posterior sobre lecho de laminectomía previa. 24) Informe Clínico de alta del Centro de ..... de Toledo, de fecha 30 de junio de 2004. 25) Parte Interconsulta del Hospital ....., de ....., fechado el día 2 de julio de 2004, donde se prescribe tratamiento rehabilitador con carácter urgente. 26) Parte médico sobre tratamiento rehabilitador, iniciado el día 5 de julio de 2004 hasta el día 5 de agosto de 2004, dándose de alta por estabilización clínica. 27) Informe Clínico del Hospital Nacional ..... de Toledo, para revisión programada datado el día 15 de noviembre de 2004. 28) Parte médico del Hospital de ..... sobre infección urinaria, precisando ingreso hospitalario.

**2.** Mediante oficio datado el día 24 de junio de 2005, notificado al interesado el día 7 de julio, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante SISPS) le comunica que “ha tenido entrada su reclamación en el Registro del Principado de Asturias”, indicándole que se tramitará en dicho servicio y la normativa aplicable al procedimiento.

**3.** Mediante oficios fechados el día 5 de julio de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Dirección Gerencia del Hospital ....., de ....., “la documentación obrante en ese centro, así como un Informe del Servicio de Neurología” y a la Dirección Gerencia del Hospital ....., “la documentación obrante en ese centro así como un Informe del Servicio de Neurocirugía sobre las alegaciones del reclamante”.

4. Mediante escrito fechado el día 14 de julio de 2005, el Secretario General del Hospital ..... remite al SISPS "copia de la reclamación presentada por don ..... del `parte de reclamación´ correspondiente y de la historia clínica de dicha paciente". Entre los documentos integrantes de la historia clínica del paciente destacan, entre otros, los siguientes: a) Informe de consulta externa del Servicio de Neurocirugía ..... del Hospital ..... datado el día 30 de junio de 2005. b) Informe de Alta del Servicio de Rehabilitación del Hospital ..... datado el día 16 de mayo de 2005. c) Copia del impreso del consentimiento informado firmado por el perjudicado el día 22 de octubre de 2003 para "cirugía de la mielopatía cervical espondilótica", en el que se describe la intervención quirúrgica, alternativas posibles, así como los riesgos típicos derivados de la misma, señalando como tales: "Mortalidad: 0,7-1%. Lesión medular: 0-1%. Lesión radicular: 1,8%. Deterioro neurológico transitorio: 4-14,3%. Embolia gaseosa: 0,5-3%. Fistula de líquido cefalorraquídeo: 3%. Infección herida: 0,2-3%. Desgarro arteria vertebral (excepcional). Dolor por inestabilidad vertebral (complicación tardía)". d) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital ..... datado el día 14 de noviembre de 2003. e) Informe de Alta del Servicio de Neurología del Hospital ....., de ....., datado el día 7 de noviembre de 2003. f) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital ..... fechado el día 1 de diciembre de 2003.

5. Con fecha 1 de agosto de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente informe técnico de evaluación en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala lo siguiente: "Se trata de un paciente que el 30 de septiembre de 2003 ingresó en el Servicio de Neurología del Hospital ....., de ..... (...). La impresión diagnóstica inicial fue de accidente cerebrovascular de hemisferio derecho de perfil isquémico. Por este motivo se le pautó, el mismo día del ingreso, terapia con antiagregantes plaquetarios hasta la realización de más estudios. El día 6 de octubre se sentó el diagnóstico de Mielopatía cervical cervicoartrósica C3-C4 y se solicitó consulta a Neurocirugía (...). El 8 de octubre ingresó en el Servicio de Neurocirugía con

el diagnóstico de hemiparesia izquierda braquial distal 3/5, proximal 5/5 y crural 4/5 con hemipoestesia vibratoria y artrocinética conservada. Fue intervenido bajo anestesia general el día 24 de octubre de 2003, practicándosele laminectomía C3-C4-05-C6 y a las 48 horas de la intervención se hizo resonancia magnética en la cual se visualiza lesión medular y ausencia del espacio subaracnoideo por compresión posterior que fue interpretada como hematoma. Se reintervino observándose edema y pequeños sangrados intramusculares sin presencia de claro hematoma, se realiza hemostasia no visualizando fistula de líquido cefalorraquideo (...). Esta es una complicación frecuente de todo tipo de cirugía. Previamente a la intervención se había recabado el consentimiento del paciente en el que consta que fue informado”.

Añade que “el paciente desarrolló una cuadriparesia postquirúrgica que tras su ingreso en el Hospital de ..... de Toledo y consiguiente tratamiento rehabilitador ha experimentado una notable mejoría, si bien mantiene importantes limitaciones en la actualidad derivadas de su diagnóstico de Síndrome de Lesión medular C6, vejiga neurógena, intestino neurógeno, disfunción erectil y eyaculatoria y síndrome espástico leve”.

Por lo anterior 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”.

6. Mediante oficios de fecha 2 de agosto de 2005, el informe técnico de evaluación es remitido a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la Correduría de Seguros.

7. Con fecha 13 de octubre de 2005, emite informe, suscrito colegiadamente por dos médicos especialistas en Neurocirugía, una asesoría médica privada a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. En él, tras relatar y analizar los hechos que concurren en el presente caso, señala las siguientes conclusiones: “1. El paciente fue atendido correctamente en el Hospital de ...../ 2. Una vez confirmado el diagnóstico de mielopatía cervical

por parte del Servicio de Neurología del Hospital ....., el paciente fue trasladado al Servicio de Neurocirugía, lo que nos parece totalmente correcto./ 3 El paciente firmó el documento de consentimiento informado antes de la intervención de laminectomía por mielopatía cervical./ 4. La intervención se realizó según una técnica correcta y el paciente mejoró inicialmente de su déficit neurológico./ 5. La complicación de hematoma cervical postquirúrgico es una complicación descrita en las intervenciones de laminectomía cervical, y en general en cualquier intervención quirúrgica. El paciente fue reintervenido de urgencia una vez diagnosticado el hematoma. Esta actuación por parte de los cirujanos fue rápida y eficaz./ 6. El paciente recibió todas las atenciones necesarias, poniéndose a su alcance todos los medios disponibles diagnósticos y de tratamiento tanto en el Servicio de Neurocirugía como en la UCI del Hospital ..../ 7. El paciente fue trasladado al Hospital de ..... de Toledo donde se fue recuperando lentamente de las secuelas./ 8. En los últimos controles el paciente había obtenido una recuperación notable de sus funciones motoras y esfinterianas./ 9. La actuación de los facultativos del Hospital de .....y del Hospital ..... fueron totalmente correctos, de acuerdo a la lex artis, y se pusieron todos los medios disponibles para el diagnóstico y tratamiento del paciente./ 10. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación del paciente”.

**8.** El día 7 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.

**9.** El día 8 de noviembre de 2005, toma vista del expediente la persona autorizada por el reclamante, a la que se le hace entrega de una copia del expediente, que en ese momento está integrado por doscientos once (211) folios numerados, según diligencia suscrita por dicha persona y una funcionaria de la administración, incorporada al expediente. Se acompaña autorización

suscrita por el reclamante a favor de doña ..... (hija de éste) para “retirar del Centro de Salud `.....´ los impresos que se citan”.

**10.** El día 1 de diciembre de 2005, don ....., actuando en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro General de Entrada del Principado de Asturias escrito de alegaciones. En dicho escrito señala que “se reitera en todas y cada una de las alegaciones efectuadas en su escrito inicial”, y reitera, igualmente, su pretensión indemnizatoria en la cantidad de seiscientos mil euros (600.000 €), analizando la documentación obrante en el expediente.

Respecto del dictamen médico elaborado por ..... a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias señala que en el “folio 202 se dice `En el postoperatorio inmediato el paciente experimentó una mejoría de la fuerza y sensibilidad, no obstante 24 horas después se produce un deterioro lentamente progresivo´./ El Dictamen Médico no describe lo informado en las Hojas de Enfermería, donde se refleja que este deterioro no fue atendido por el médico, quien no acudió a la llamada de la enfermera, dando sus instrucciones por teléfono (...), privándole con ello de los medios disponibles para un más correcto diagnóstico y tratamiento posterior”. A continuación añade que “` a las 48 horas se le realiza RM cervical en donde se observa una imagen compatible con hematoma en el lecho quirúrgico´ (...) el hematoma es una complicación de la intervención practicada el día 24 de octubre de 2003, complicación que no se describe en el documento de Consentimiento Informado”. Finalmente respecto a que “con fecha 26/10/03 el paciente es reintervenido” indica que “se omite (...) que se interviene sin informar al paciente y sin firmar el documento de Consentimiento Informado”.

En relación con la expresión contenida en el folio 206 de dicho informe, que refiere que “un retraso de unos días en el diagnóstico definitivo por la retirada de la medicación antiagregante no influye en el pronóstico”, aduce que en realidad se trata de un “error de diagnóstico, perfectamente evitable con una correcta interpretación de la exploración clínica y del TAC; y, en caso de

duda, con la RNM (...)./ Se trata de un error en el tratamiento con anticoagulantes, que el enfermo no necesitaba, y (...) un retraso en la intervención, manteniendo la compresión más de 20 días”.

Continúa analizando el contenido de los folios 206 y 207, y concretamente señala en relación con la afirmación relativa a que “la aparición de un hematoma postquirúrgico es una complicación descrita en cualquier tipo de cirugía” que “precisamente por esta razón debería haberse informado al paciente de tal posibilidad, para permitirle dar su consentimiento en libertad”.

Con respecto a que “en este caso se diagnosticó rápida y correctamente la complicación”, indica que “el día 25/10/2003 el estado del paciente había empeorado (...), sin que se perciba que se realizara ningún diagnóstico rápidamente, como informa el Dictamen Médico. Añade que “en las Hojas de Enfermería del día 26/10/2003 consta: `3:30 aviso MG (médico de guardia) (...) por orden telefónica pongo 1 amp. Toragil. 7h pasa la noche inquieto ya que no puede cambiar de postura, le molesta el cuello, etc. 13:15 sale para quirófano´./ Es decir, que el médico de guardia no acude a explorar a un enfermo (...) y le ordena medicación por teléfono”. Por lo anterior concluye que de “la documentación no se confirma que se diagnosticara rápida y correctamente la complicación (...)./ El retraso en el tratamiento quirúrgico fue debido a una falta de seguimiento de la evolución del enfermo, más grave por cuanto que estaba recién intervenido, y las complicaciones (hematomas, quistes de líquido cefalorraquídeo, etc.) son mucho más frecuentes en este periodo. Este retraso en el tratamiento, debido a un déficit de atención, favoreció que la médula permaneciese más tiempo comprimida, agravando con ello el daño”.

Respecto a que “el paciente firmó el correspondiente documento de consentimiento informado ... y por tanto aceptó las complicaciones que de ella se pudiesen derivar”, señala que “el documento firmado por el paciente el día 22 de octubre de 2003 presenta importantes carencias que lo invalidan”. En particular, refiere que “no se rellena el apartado de `riesgos personalizados´, sin que figure como riesgo típico el hematoma (...), no se explica el pronóstico (las consecuencias) de ninguna de las posibles complicaciones (...), (ni consta)

el documento de Consentimiento Informado para la intervención practicada el día 26 de octubre de 2003 (...). No consta tampoco en la Historia Clínica que se informara al paciente de las alternativas diagnósticas y de los riesgos y beneficios de cada una de ellas”.

Como primer otrosí dice que “que a mayor abundamiento, esta parte viene a ampliar la Reclamación Inicial (...), solicitando la acumulación de los siguientes hechos: (...) D. ...., durante el periodo que permaneció ingresado en el Hospital Nacional ..... de Toledo (...) era sometido a enemas (...), debido a sus problemas de estreñimiento, además de administrarle Duphalac en sobres y Durco-Laxo en supositorios./ En el Informe de Alta de fecha 26 de noviembre de 2004 (...), se indica al paciente el siguiente tratamiento: “Hábito diario con laxante local. Se recomienda dieta rica en residuos”.

Añade que “el día 6 de julio de 2005, D. .... acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de ....., presentado (...) hábito estreñido c/3 días. Última deposición hace 5 días./ Se indica en la exploración al paciente: RX abdomen: niveles hidroaéreos./ Se establece el siguiente Juicio Diagnóstico: El cuadro clínico y RX no corresponde a patología obstructiva intestinal, por lo que no precisa ser trasladado a cirugía”. Señala a continuación que “el Informe Médico del día 19 de julio de 2005 informa del ingreso de D. .... en el Hospital de ..... por cuadro de obstrucción intestinal”. Continúa relatando que “el día 23 de julio de 2005, D. .... ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital ....., presentando nuevamente cuadro de dolor abdominal y distensión de 3 días de evolución./ El paciente fue intervenido de urgencia el día 27 de julio de 2005 practicándosele una iliocollectomía derecha y anastomosis ileocólica L-L. Durante la intervención quirúrgica se objetivó la presencia de metástasis hepática”.

Refiere a continuación que “el Informe de fecha 30 de agosto de 2005 del Hospital de ..... indica de que el paciente venía presentando episodios de molestias abdominales y estreñimiento de al menos un año de evolución, cuadro que fue interpretado como secundarios al intestino neurógeno diagnosticado en el Hospital Nacional ..... de Toledo, diagnóstico que figura en

el Informe de Alta de fecha 26/11/04" resultando que "el Juicio Diagnóstico (...) fue de adenocarcinoma de colon, estadio IV (presencia de una metástasis hepática única)".

Señala que "en fecha 29 de septiembre de 2005 (...), fue sometido a Laparotomía exploradora, objetivándose la lesión vista previamente en TAC, realizándose segmentectomía del IVb".

Por lo anterior entiende que se produjo "una carencia de medios diagnósticos en la atención prestada al paciente (...). Siempre se atribuyeron dichas molestias como secundarias a su lesión medular (intestino neurógeno), sin que se realizara un diagnóstico diferencial ni se realizaran las oportunas pruebas para descartar cualquier patología digestiva./ Finalmente, después de un año de presentar esta sintomatología, D. .... sufrió un cuadro de obstrucción intestinal, siendo ingresado en el Hospital de ....., donde se le diagnosticó un cáncer de colon (...)./ En el momento en que se diagnosticó el cáncer, éste se había extendido tanto que presentaba un estadio IVb, con metástasis hepática, lo cual ensombrece gravemente su pronóstico de sanación (...). Existe una clara relación causa-efecto entre el retraso diagnóstico por insuficiencia de medios diagnóstico empleados y el daño causado al paciente, entre el que cabe destacar la pérdida de probabilidad de curación (...)./ Si se hubiera diagnosticado un año antes el cáncer de colon, cuando comenzó la sintomatología, las probabilidades de que existiera metástasis serían muy escasas, y el pronóstico del paciente mucho más favorable, con mayores probabilidades de curación".

Por estos nuevos hechos reclama "una indemnización de 300.000 €, por una asistencia incompleta y negligente dispensada al paciente, al no valorar adecuadamente los síntomas de los que se venía quejando el paciente desde hacía tiempo, referidos por éste en las diferentes consultas médicas, omitiendo la realización de las exploraciones y pruebas diagnósticas necesarias; existiendo una clara relación de causalidad entre la ausencia de pruebas diagnósticas y el retraso diagnóstico, lo que condicionan en grado importante las probabilidades de éxito de los tratamientos posteriores aplicados al paciente", y solicita "la

acumulación de la cantidad indemnizatoria indicada a la ya interesada en el anterior escrito de reclamación”.

Adjunto a su escrito de alegaciones aporta los siguientes documentos: 1) Copia de la escritura de poder para pleitos otorgada por el reclamante. 2) Informe de fecha 6 de julio de 2005 del Hospital ..... 3) Informe Médico del día 19 de julio de 2005 del Hospital ..... sobre ingreso del paciente por cuadro de obstrucción intestinal. 4) Informe de Alta datado el día 23 de agosto de 2005 del Hospital ..... 5) Informe de Consultas Externas, datado el día 31 de agosto de 2005 del Hospital ....., en cuyo apartado “Impresión Diagnóstica” señala “adenocarcinoma de colon estadio IV (presencia de una metástasis hepática única)”. 6) Informe de Alta fechado el día 7 de octubre de 2005 que confirma el diagnóstico principal de “Metástasis hepáticas”. 7) Hoja de Enfermería sobre Información al Alta fechado el día 8 de octubre de 2005.

**11.** Con fecha 14 de diciembre de 2005, el instructor del expediente remite “copia de las alegaciones presentadas” a la Compañía Aseguradora y a la Correduría de Seguros.

**12.** Con fecha 31 de mayo de 2006, el instructor eleva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Señala, en relación con el caso que se examina, que “debemos tener en cuenta que concurren los dos hechos que impiden tildar de antijurídico al daño. (...) no sólo nos encontramos ante intervención indicada, dado el cuadro que presentaba el paciente, sino que, además, se cumplimenta el deber de obtener el consentimiento informado (...)./ Por otro lado, como ya hemos indicado antes, del hematoma postquirúrgico no implica mala praxis. Se trata de una complicación que se produce en un significativo número de casos (...), nos encontramos ante un riesgo del que no sólo es informada la paciente, sino que, además, por su propia naturaleza (...) obliga al paciente a soportarlo”. Añade que no puede calificarse el daño como antijurídico pues “no se han rebasado los límites de seguridad exigibles, ya que la asistencia prestada a la paciente ha sido, en todo momento, correcta”.

En relación con el retraso diagnóstico refiere que “un retraso de unos días en el diagnóstico definitivo por la retirada de la medicación antiagregante no influye en el pronóstico”.

En cuanto a la alegada falta de asistencia prestada por los facultativos señala que “no es cierta ya que se diagnosticó de forma correcta, se intervino y existió un seguimiento pormenorizado del paciente durante su ingreso”.

Por último, respecto a las escaras que presentó el paciente, afirma que “se trata de una complicación que sucede con aquellos pacientes que se encuentran durante mucho tiempo ingresados, no estando relacionado en ningún momento con una desatención al paciente”.

Concluye el instructor su propuesta señalando que “se hizo un seguimiento adecuado de la evolución de la paciente, tal y como se refleja en la historia clínica, y se realizó una laminectomía cervical, tan pronto como se tuvieron todos los resultados de las pruebas indicadas y el paciente se encontraba en un estado óptimo para la misma. La asistencia posterior a la intervención fue igualmente correcta, según reflejan las hojas de evolución”.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 23 de junio de 2006, registrado de entrada el día 28 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 núm. .... 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 de conformidad con lo establecido 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, en los términos de lo dispuesto 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Común (en adelante 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 9 de junio de 2005, resultando que el día 5 de agosto de 2004 aún no estaban las secuelas estabilizadas, por lo que es claro que fue ésta presentada dentro del plazo de un año legalmente establecido.

**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.

Debe advertirse, en primer término, que la petición formulada por el interesado en su escrito de alegaciones como primer otrosí, en el que dice “ampliar la Reclamación Inicial”, solicitando la acumulación a ésta de nuevos hechos (distintos de los descritos en su escrito inicial), por los que reclama “una indemnización de 300.000 €”, adicionales a los seiscientos mil euros (600.000 €) inicialmente solicitados, no puede ser atendida, pues las alegaciones, documentos y justificaciones que en el citado trámite cabe presentar al interesado deben referirse a la petición inicialmente formulada.

En este sentido, el artículo 6 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial dispone que cuando el procedimiento se inicie a instancia del interesado deberá ajustarse a lo previsto en el artículo 70 de la LRJPAC (que establece en su apartado primero, letra b) que “Las solicitudes que se formulen deberán contener:/ B) Hechos, razones y petición en que se concrete, con toda claridad, la solicitud”). Añade el párrafo segundo del referido precepto, que en la reclamación se “deberán especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad (...), la evaluación económica (...), si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos”. Añade el artículo 11 del citado Reglamento que, instruido el procedimiento, se dará trámite de audiencia a los interesados “para formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimen pertinentes”.

Según lo establecido en estos preceptos, es claro, como ha señalado ya el Consejo de Estado (Dictamen 345/1999), que las alegaciones, documentos y

justificaciones que formule el interesado en el trámite de audiencia no pueden alterar sustancialmente el fundamento de la reclamación inicial, ni producir una mutación de su objeto (como de hecho ocurre en el presente supuesto, al referirse a hechos nuevos no descritos en la reclamación inicial), pues ello daría lugar a nuevos actos de instrucción, determinantes de una dilatación del procedimiento, que pudiera resultar interminable, e incluso podría implicar la iniciación de un nuevo procedimiento basado en hechos distintos de los que son objeto del actual, y cuyos presupuestos de admisibilidad y resolución no serían necesariamente coincidentes con los del que ahora se somete a consulta.

En consecuencia, respecto de la pretensión formulada por el reclamante como primer otrosí de su escrito de alegaciones al trámite de audiencia, entendemos que no procede entrar a analizar si concurren o no los presupuestos necesarios para declarar, en su caso, una eventual responsabilidad patrimonial de la Administración. Todo ello, sin perjuicio de que pueda el interesado solicitar la apertura de un nuevo procedimiento por tales hechos.

Hecha la anterior precisión, advertimos, en relación con la tramitación del procedimiento, que no se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su reclamación tuvo entrada en el Registro General del Principado de Asturias, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, y los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

Igualmente, hemos de señalar 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. En efecto, habiéndose registrado la solicitud en el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias el día 15 de junio de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 28 de junio 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.

Sin perjuicio de las anteriores observaciones, este Consejo entiende que se han cumplido, en aplicación de la normativa que rige el procedimiento, los trámites legal y reglamentariamente establecidos de audiencia a los interesados y propuesta de resolución; sin embargo, no se ha incorporado al expediente informe de los servicios afectados (Servicio de Neurología del Hospital ....., de ....., y Servicio de Neurocirugía del Hospital .....), informes que habían sido solicitados expresamente por el instructor del procedimiento, según oficio de fecha 5 de julio de 2005, respectivamente dirigido a la Dirección Gerencia de cada uno de los referidos hospitales. Tal omisión constituye un defecto formal insalvable, puesto que estos informes resultan determinantes para el análisis de los hechos y de su relación con el funcionamiento del servicio público, sin que ningún otro de los que obran en el expediente puedan suplirlos. En efecto, al no constar los informes de los servicios “cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”, tal y como específicamente exige el artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, nos faltan elementos imprescindibles para el análisis del supuesto fáctico que motiva la reclamación y de la relación que los daños alegados puedan tener con el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que nos impide cualquier consideración sobre el fondo del asunto.

Por lo expuesto, no le resulta posible a este Consejo Consultivo dictaminar sobre el fondo del asunto sin el previo cumplimiento estricto de las condiciones formales a que se ha hecho referencia. Con carácter previo a la remisión a este Consejo de los referidos informes, habrán de ser sometidos al trámite de audiencia, incorporando al expediente las alegaciones que pudieran formularse tras su vista.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible, en el estado actual del procedimiento, 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,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.