

Expediente Núm. 221/2006
Dictamen Núm. 246/2006

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 14 de diciembre 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 26 de julio de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, como consecuencia de lo que califica de defectuosa asistencia médica prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de diciembre de 2005, don presenta, en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital

Inicia su solicitud relatando el ingreso en el Hospital el día 11 de enero de 2001 "al haber padecido de rectorragia". Refiere a continuación que "el mismo día del ingreso (...) se prescribió la supresión de la alimentación oral, y al día siguiente (...) que por el personal de enfermería se procediese a la preparación rápida de colon domingo 14´ (...). El catorce de enero se prescribió la administración de Augmentine 2 gr. I.V. y Clexane 20 s.c.; sin embargo, no consta en el historial clínico que le fuera administrado al paciente el antibiótico prescrito".

Continúa relatando que "el viernes día quince de enero de dos mil uno (...) es intervenido quirúrgicamente. Según consta en la hoja de quirófano (...), en dicha intervención se procede a la extirpación desde 1/3 superior de recto hasta colon descendente´. No consta en la hoja de quirófano que se haya producido complicación alguna durante la operación. Tampoco consta que se le administrase el antibiótico prescrito (...)./ Entre los días dieciséis y dieciocho de enero de dos mil uno (...), el postoperatorio parece transcurrir con normalidad (...). En la hoja de curso clínico, aparte de las alusiones a abdomen distendido, sólo consta como anotación relevante ´drenaje serohemático´./ El viernes día diecinueve de enero de dos mil uno (...) padece de fuertes dolores, llegando a tratarse el dolor con morfina".

Añade que "el sábado día veinte de enero de dos mil uno (...) continúa con dolor, sufre un gran deterioro físico y la analítica revela la existencia de leucocitosis (...). La actuación médica en este día se limita a la visita rutinaria (...). No consta que se hayan cursado posteriores visitas en este día, ni que se haya evaluado la leucocitosis que revela la analítica".

Prosigue señalando que "el domingo día veintiuno de enero de dos mil uno se observa desde primeras horas un grave empeoramiento en la situación clínica del paciente; sin que se practicaran hasta últimas horas de la noche (a las 23,45 h.) las pruebas precisas (...), siendo en este momento y como resultado de las pruebas practicadas cuando se diagnostica la existencia de peritonitis fecaloidea".

Refiere, a continuación, los datos de ese día que revelan, a su juicio, “la gravísima negligencia con que se actuó”.

Sigue diciendo que “el lunes día veintidós de enero de dos mil uno (...) se practica al enfermo de urgencia una segunda intervención quirúrgica, dada la peritonitis fecaloidea detectada minutos antes (...). Tras la segunda intervención quirúrgica el paciente estuvo en estado crítico durante varios días (...), permaneciendo en la U.C.I. hasta el día 9 de febrero de 2001 (...). En el informe de alta de esta fecha consta la siguiente impresión diagnóstica: “peritonitis fecaloidea secundaria a dehiscencia de sutura tras cirugía de colon. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Fracaso multiorgánico: insuficiencia respiratoria, coagulopatía, insuficiencia renal, AC x FA - flutter auricular. Reacción alérgica al plasma fresco congelado. Infección de herida quirúrgica. Íleo prolongado. Neumonía derecha. Sicosis aguda e intra-UCI”.

Continúa relatando que “el día 11 de febrero de 2001 vuelve a ingresar en la U.C.I., dado su estado crítico, y se plantea la posibilidad de que deba ser intervenido nuevamente; intervención que finalmente se practicará con fecha 12 de febrero de 2001. (...) el paciente presenta nuevo cuadro séptico por lo que se le realiza TAC y ecografía abdominal en la que se demuestra una vesícula muy distendida y líquido libre en subhepático derecho; por lo que en ese día es intervenido nuevamente de urgencia, en cuya intervención se procede a la extirpación de la vesícula al paciente./ Tras dicha intervención (...) permanece en la U.V.I. hasta el día 27 de febrero de 2001, fecha en la que ingresa de nuevo en planta hasta el alta hospitalaria (...), con fecha veintidós de marzo de dos mil uno”.

Con fecha 18 de febrero de 2002 fue ingresado en el Hospital “para reconstrucción de tránsito y reparación de eventración gigante. A la fecha del ingreso (...), el dicente presentaba los siguientes problemas: 1º- Necesidad de autocuidado para actividades de la vida diaria derivados de la intervención, alteraciones de eliminación./ 2º- Deterioro de la integridad cutánea en relación con I.Q./ 3º.- Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica./ 4º.-

Riesgo de alteración de volumen de líquido./ 5°.- Dolor./ 6°- Realización de pruebas ´”.

A continuación, señala que con fecha 1 de marzo de 2002 “se le realiza (...) una nueva intervención quirúrgica consistente en `anastomosis colo-rectal CEEA-28. Apendicectomía y eventroplastia con malla de Gore-Tex´”, siendo dado de alta el día 18 de marzo de 2002. Con fecha 18 de abril de 2002 “acude a revisión a consultas externas, haciéndose constar en el informe médico: `revisión de reconstrucción de tránsito + reparación de malla de Gore-Tex. Se encuentra bien. Está preocupado porque tiene eyaculación retrógrada desde la última intervención´”.

Prosigue relatando que “tras distintas revisiones en policlínicas y por su médico de Atención Primaria el paciente ingresa nuevamente en el Hospital con fecha veinticuatro de junio de dos mil cuatro (...) para someterse a una nueva intervención quirúrgica con fecha veinticinco de junio de dos mil cuatro (...) consistente en `eventroplastia con malla Gore-Tex´. Es dado de alta el mismo día veinticinco de junio (...), pautándosele (...) acudir a policlínicas de Cirugía General II en 3 meses”.

Refiere que “a partir de dársele el alta en el Hospital en septiembre de dos mil cuatro (...), continúa bajo la supervisión de su médico de Atención Primaria; emitiendo ésta un informe de fecha veintisiete de julio de dos mil cinco (...) en el que se reflejan como `episodios activos´ -entre otros- los siguientes: (...) 7/06/00, rectorragia. 20/06/05, impotencia. 27/07/05, nervios/ansiedad”. Añade que “para la determinación del correcto alcance de las dos últimas enfermedades detectadas, se remite al paciente a los correspondientes Servicios de Psiquiatría y Urología. Por el Servicio de Psiquiatría se emite informe de fecha tres de agosto de dos mil cinco (...), en el que se diagnostica `reacción depresiva´, para la que se pauta tratamiento farmacológico bajo la supervisión de su médico de Atención Primaria. Por su parte, el Servicio de Urología del Hospital emite informe de fecha siete de septiembre de dos mil cinco (...), en el que consta la siguiente impresión

diagnóstica: `paciente que presenta cuadro desde la intervención de disfunción eréctil. Ausencia de erecciones o un porcentaje aproximadamente un 10%. Libido normal. Orgasmo ausente desde entonces, al igual que la eyaculación´.

A continuación refiere que por los hechos relatados se tramitaron, ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N° 1 de, Diligencias Previas con número de Autos, que concluyeron por Providencia de fecha 14 de enero de 2005, por la que se acuerda proceder al archivo de las actuaciones, que le fue notificada el día 17 de enero de 2005.

Analizando el proceso asistencial señala que "es evidente que la asistencia sanitaria prestada al dicente ha sido incorrecta, deficiente y/o negligente. En concreto, y centrándonos en la atención sanitaria prestada hasta el día veintidós de enero de dos mil uno (...) en el que se diagnostica al paciente `peritonitis fecaloidea´, se pueden establecer las siguientes conclusiones:/ Primera: No consta que el paciente fuese sometido a una adecuada preparación quirúrgica (...), pues si bien aparentemente, ya que no existe certeza documental, se procedió a la preparación mecánica del colon, no ocurrió lo mismo con la profilaxis antimicrobiana perioperatoria que, prescrita, no está acreditado que se hubiese administrado./ Segunda: La peritonitis sufrida por el dicente constituye un riesgo específico del procedimiento quirúrgico a que fue sometido el paciente con fecha 15-01-2001. / Tercera: En el proceso asistencial dispensado tras el tratamiento quirúrgico a que fue sometido el dicente con fecha 15-01-2001, se observan en el postoperatorio las siguientes deficiencias asistenciales:/ 1°.- No se ha procedido a una (adecuada) valoración de los datos clínico-analíticos disponibles./ 2°.- No se han tomado decisiones médicas tendentes a establecer la causa de las alteraciones clínicas y analíticas presentes; es decir, no se han puesto a disposición del paciente los medios que permitirían realizar un diagnóstico y tratamiento precoz./ 3°.- Establecido el diagnóstico de `fistula fecaloidea´, situación que, en el caso de cirugía abdominal, inevitablemente se asocia a complicaciones intraabdominales, no se tomaron decisiones diagnósticas y terapéuticas a pesar

de la (urgencia) que la situación requería./ 4°.- La toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas se demora hasta que se hace evidente la situación de potencial riesgo vital en el paciente”.

Por lo anterior, imputa a la Administración sanitaria “una clara demora en el diagnóstico (...) a la que claramente se refiere el médico forense (...) -folios 334 a 335 de las actuaciones penales-, al significar que “el cuadro peritoneal tuvo que haberse diagnosticado antes ya que el proceso en sí era de muy mal pronóstico por las complicaciones que pueda originar”; y en adoptar las medidas terapéuticas consecuentes a dicho diagnóstico”.

En relación con el daño sufrido, refiere que se le ha ocasionado “un daño real y efectivo determinado por las distintas operaciones quirúrgicas y pruebas médicas a las que hubo de ser sometido, con diferentes y sucesivas estancias en centros hospitalarios, la incapacidad para realizar sus ocupaciones habituales y las secuelas que le quedan tras la conclusión del proceso curativo seguido”. Expone, que durante el proceso curativo estuvo incapacitado para sus ocupaciones habituales y que a su “conclusión (...) le han quedado (...) las siguientes secuelas:/ 1ª) Extirpación de vesícula biliar./ 2ª) Colectomía parcial./ 3ª) Eventración (corregida con malla Gore-Tex) y heridas y adherencias peritoneales./ 4ª) Impotencia/Disfunción eréctil./ 5ª) Síndrome depresivo reactivo”.

Por lo anterior, tras analizar la concurrencia en el presente caso de los requisitos exigidos para declarar una eventual responsabilidad patrimonial, solicita, “dada su edad de 64 años a la fecha del siniestro y aplicando las cantidades contenidas en la Resolución de 30 de enero de 2001 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones para el año 2001”, ser indemnizado en la cantidad de ciento treinta y siete mil quinientos dos euros con noventa y cinco céntimos (137.502,95 €), que desglosa en los siguientes conceptos e importes: “91 días de hospitalización x 51,452646 €, 4.682,19 €; 1.199 días de curación impeditivos x 41,806401 €, 50.125,87 €; 419 días de curación no impeditivos x

22,513913 €, 9.433,32 €; secuelas: 50 puntos x 1.224,82 €, 61.241,33 €”, a los que añade 12.020,24 €, en concepto de daños morales. Finalmente, señala que “una vez reconocido el derecho a (la) indemnización se proceda a la liquidación de la deuda con el dicente mediante: (...) la actualización de la cantidad fijada (...) y el abono del interés legal de demora”.

Como primer Otrosí, interesa “la apertura de un periodo probatorio en el procedimiento (...), dentro del cual se habrán de practicar cuando menos (...) los siguientes medios probatorios: 1) Documental, consistente en la incorporación al expediente administrativo (...) de los documentos que acompañan al presente escrito./ 2) Testifical de don

Adjunto a su escrito acompaña:

a) Informe de alta de Enfermería del Hospital relativo al ingreso, datado el día 18 de febrero de 2002, para reconstrucción urgente de tránsito y reparación de eventración gigante.

b) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital, datado el día 25 de junio de 2004, tras la intervención quirúrgica realizada.

c) Parte de interconsulta del Servicio de Psiquiatría del Hospital, de fecha 3 de agosto de 2005, en el que se diagnostica “reacción depresiva”.

d) Informe del Servicio de Urología del Hospital, de fecha 7 de septiembre de 2005.

e) Copia testimoniada de las Diligencias Previas, seguidas ante el Juzgado de 1ª Instancia e Instrucción N° 1 de

De los documentos obrantes en las actuaciones penales destacan, entre otros: 1) Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, de fecha 14 de diciembre de 2004, en el que se señala que “frente a un cúmulo inusual de complicaciones, no puede afirmarse una mala praxis profesional, por el sólo hecho de que hubo un ligero retraso en el diagnóstico del cuadro peritoneal, porque lo cierto es que el denunciante siempre estuvo atendido y firmó un consentimiento informado (...) en el que se preveía como riesgo la peritonitis”. 2) Informe elaborado por el Médico Forense, de fecha 13 de marzo de 2003, que al respecto refiere que “el cuadro

peritoneal tuvo que haberse diagnosticado antes ya que el proceso en sí era de muy mal pronóstico por las complicaciones que pueda originar". 3) Informe del Fiscal, datado el día 25 de julio de 2003, el cual, en relación con el asunto que nos ocupa, señala que "la inevitable segunda intervención quirúrgica pudo haberse realizado unas horas antes pero no es posible establecer por ello una relación de evitabilidad objetiva con suficiente grado de certeza de que no se hubiera producido el cuadro de sepsis de haber sido intervenido quirúrgicamente a las 22:00 horas./ Tan inevitable como la dehiscencia de la sutura de colon fue la disfunción que produjo (ano antinatura), fuera de control médico, en todo momento".

f) Copia de la historia clínica obrante en el Hospital De la documentación incorporada destacan, entre otros: 1) Hoja de curso clínico de fecha 12 de enero de 2001, en la que se recoge como anotación "preparación rápida de colon el domingo 14"; 2) Notas de curso clínico, relativas al día 21 de enero de 2001. La primera notación, sin que conste la hora, refiere "drenaje superior seroso./ Drenaje infiltrado./ Fístula fecaloidea". La siguiente, realizada a las 21.30 horas recoge "Fístula cólica. Fiebres". A las 23.45 se señala "Sudoroso. Hipotenso 80/50. Continúa con abdomen distendido y doloroso (...). ECO abdominal (...)./ Peritonitis fecaloidea"; 3) Hoja de órdenes clínicas relativa al día 21 de enero de 2001; la primera anotación, sin hora, recoge "igual" y la siguiente, realizada a las 21.30 horas, "Hemograma. Coagulación. Bioquímica (...) mañana a primera hora", y 4) Hoja de enfermería relativa al día 21 de enero de 2001. La primera notación se realiza a las 10.45 aproximadamente, la siguiente sobre las 12.45 y en ella se señala "drenaje inferior contenido (...) ¿fecaloide?". A las 17.38 horas se pauta "Nolotil" y a las 21.36 "se avisa al M6 por estar muy distendido".

g) Copia de la historia clínica obrante en el Hospital

2. Mediante oficio de 13 de enero de 2006, notificado el día 18 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al

interesado la fecha en que su reclamación tuvo entrada en el Principado de Asturias y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Mediante oficio de fecha 18 de enero de 2006, el instructor del expediente nombrado al efecto solicita de la Dirección Gerencia del Hospital “un informe actualizado del Servicio de Cirugía General sobre los hechos ocurridos y la atención dispensada” al reclamante, informándole que “toda la documentación relativa al proceso judicial, así como la documentación clínica correspondiente a la asistencia prestada al reclamante en los Hospitales del y se halla incorporada al expediente administrativo”.

4. Durante la instrucción del expediente se ha incorporado al mismo una copia del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria y un informe del Servicio de Cirugía del Hospital, fechado el día 15 de marzo de 2006.

Dicho informe señala, en relación con el asunto de referencia, que “previa preparación de colon y profilaxis antibiótica, es intervenido el día 15-1-2001 realizándose hemicolectomía izda. Al 6º día del postoperatorio presenta cuadro de sepsis por lo que es reintervenido, encontrándose una peritonitis fecaloidea secundaria a dehiscencia de anastomosis, realizándose cierre del muñón distal y colostomía terminal en fosa iliaca izda./ El enfermo permanece en la UVI hasta el día 9-2-2001./ El día 12-2-2001 el enfermo presenta nuevo cuadro séptico por lo que se realiza TAC y ecografía abdominal de urgencia en la que se demuestra una vesícula muy distendida y líquido libre en subhepático dcho. Ante el estado del enfermo se decide nuevo ingreso en la UVI e intervención urgente, el día 12-2-2001 realizándose colecistectomía por colecistitis aguda alitiásica y encontrándose un gran bloque inflamatorio en todo el hemiabdomen inferior y una gran colección de líquido ascítico en el subhepático, que se drena./ Desde este momento permanece en UVI hasta el día 27-2-2001, en el que ingresa de nuevo en planta evolucionando lenta pero

satisfactoriamente para el tipo de patología y complicaciones presentadas". Añade que "el paciente fue dado de alta el 22/03/01 siguiendo controles durante varios meses en nuestra consulta externa, en (la) que se apreció una recuperación de su estado general y la presencia de eventración laparotómica./ Posteriormente el paciente continuó tratamiento en otro centro".

5. Con fecha 15 de marzo de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, en relación con la actuación de la Administración sanitaria, manifiesta que "es preciso resaltar que el paciente durante los días 18, 19 y 20 no tenía signos ni síntomas que evidenciasen la existencia de una peritonitis, presentando dolor, distensión abdominal y leucocitosis, lo que aisladamente no tiene una valoración inequívoca. De hecho se dejó constancia escrita de que el paciente no tenía fiebre ni presentaba reacción peritoneal, habiendo indicios de estar reestableciéndose el tránsito intestinal. Cuando la mañana del día 21 de enero se sentó el diagnóstico de fístula cólica se optó por una actitud conservadora ya que de esta forma se resuelven numerosas situaciones como la descrita. Un alto porcentaje de fístulas cierran solas sin que además den lugar a la complicación, luego acaecida, de una peritonitis y cuando a las 23,45 del mismo día se puso de manifiesto un empeoramiento del enfermo se procedió de manera inmediata al tratamiento quirúrgico. Si la reintervención tuvo que decidirse a las 21 o a las 23 horas resulta irrelevante desde un punto de vista médico ya que en nada hubiese modificado la evolución posterior del cuadro clínico./ Las alteraciones analíticas que presentó el paciente no son valorables aisladamente en ausencia de otra clínica y son justificables por diversas causas en un paciente operado, no habiendo ciertamente motivos de sospecha diagnóstica de la situación del enfermo hasta la noche del día 21 de enero, momento en el que se decide tratarle quirúrgicamente. El hecho de que uno de los drenajes de la herida hiciese sospechar una fístula fecaloidea en nada implica que su tratamiento tuviese que ser quirúrgico o que el paciente ya

tuviese una peritonitis”. Añade que “en el Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, de 14 de diciembre de 2004, por el que se acuerda el sobreseimiento libre y archivo de las actuaciones, se señala textualmente que “no sólo de la historia clínica del lesionado, sino también y sobre todo del informe médico forense obrante en los folios 334 y 336, se deduce que, frente a un cúmulo inusual de complicaciones, no puede afirmarse una mala praxis profesional, por el sólo hecho de que hubo un ligero retraso en el diagnóstico del cuadro peritoneal, porque lo cierto es que el denunciante siempre estuvo atendido y firmó un consentimiento informado (...), en el que se preveía como riesgo la peritonitis”.

Por lo anterior, propone desestimar la reclamación formulada por cuanto “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

6. Con fecha 22 de marzo de 2006, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

7. Con fecha 1 de mayo de 2006, se emite informe en sentido desestimatorio de la reclamación, realizado colegiadamente por cuatro médicos especialistas en Cirugía, constando en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancia de la compañía aseguradora. En el mismo, después de relatar los antecedentes del caso y de realizar diversas consideraciones sobre aspectos técnicos concurrentes, extraen las siguientes conclusiones: “1. Paciente varón de 64 años intervenido el 15/01/01 en el por enfermedad diverticular./ 2. La indicación quirúrgica es correcta./ 3. El paciente es informado adecuadamente, firmando el documento de CI en el que se reflejan las posibles complicaciones, incluyendo las que posteriormente sufriría durante el curso evolutivo postoperatorio./ 4. La técnica empleada es adecuada./ 5. Se realiza profilaxis antibiótica de la infección de herida (se indica Augmentine

preoperatorio), tratamiento antibiótico perioperatorio (con Flagyl y Gentamicina) y profilaxis antitromboembólica. Aunque esta profilaxis está indicada en este tipo de intervención, no tiene influencia sobre el potencial desarrollo de dehiscencia anastomótica./ 6. Se realiza preparación de colon el día antes de la intervención./ 7. La preparación preoperatoria es, por tanto, adecuada./ 8. La evolución inicial es favorable, siendo el seguimiento correcto y sin que se detecten complicaciones./ 9. El 21/01/01 por la mañana (6º día postoperatorio) se detecta posible salida de contenido fecaloideo por el drenaje cercano a la anastomosis, siendo el contenido del otro drenaje normal. En ese momento no hay signos de peritonitis y se intenta manejo conservador./ 10. A las 21:30 h. del 21/01/01 comienza el deterioro del paciente, que es reevaluado a las 23:45 h., se realiza ecografía y se indica cirugía urgente por sospecha de peritonitis fecaloidea en menos de 1 h./ 11. La indicación de esta reintervención es correcta. La técnica empleada es la adecuada en esa situación./ 12. El paciente desarrolla shock séptico y fracaso multiorgánico, que es adecuadamente tratado mediante soporte en UCI y antibioterapia. Se ponen a disposición del paciente todos los medios necesarios para superar esta grave situación./ 13. Cuando se detecta un nuevo problema séptico el paciente es reingresado en UCI, reintervenido y nuevamente remontado./ 14. El paciente se recupera quedando como secuelas una colostomía temporal, infección de herida quirúrgica y eventración. La solución de estas secuelas se realiza en el, aparentemente por decisión del paciente, con buen resultado./ 15. Presenta así mismo cuadro de disfunción eréctil, valorado por el Servicio de Urología. Esta es una complicación inherente a la cirugía pélvica y rectal, de la que fue informado el paciente./ 16. Del estudio de la documentación remitida, podemos concluir que los profesionales que atendieron a D. en el y en el lo hicieron de acuerdo a la `lex artis`".

8. Mediante escrito de 8 de junio de 2006, notificado el día 14, se comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un

plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

9. El día 15 de junio de 2006, el reclamante se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de setecientos siete (707) folios, según diligencia incorporada al mismo.

10. Mediante escrito de 30 de junio de 2006 se formula escrito de alegaciones, en el que, después de reiterar la cuantía de la indemnización solicitada, manifiesta que "no cabe eximir de responsabilidad a la Administración actuante". En relación con la inadecuada preparación quirúrgica, insiste en que "la preparación no ha sido la adecuada; debiendo llamar la atención sobre el hecho de que (...) se realizase una preparación rápida del colon, la cual incrementa los riesgos de complicaciones". Añade que "el informe de `..... (...) pasa totalmente por alto -no manifestándose al respecto- la denunciada desatención y falta de toma de decisiones entre los días 19 y 21 de enero, dada la sintomatología que presentaba el paciente". Frente a lo argumentado por el Inspector Médico, contesta que, si bien los síntomas que padecía aisladamente no deben "hacer sospechar de peritonitis en otro tipo de paciente, sí deben hacer sospechar de la posible existencia de peritonitis en los casos -cual es el nuestro- en que dicha sintomatología la presenta un paciente que previamente ha sido sometido a cirugía abdominal (no se olvide que la peritonitis es un riesgo específico de la intervención quirúrgica a que fue sometido el exponente), máxime `valorando` conjuntamente todos los síntomas que presenta el paciente -lo que no se hizo en nuestro caso-". Significando, además, "que el paciente tenía fiebre -como consta en las hojas de enfermería- y que la tenía incluso pese a habersele administrado -también inadecuadamente- fármacos analgésicos y antitérmicos".

A continuación refiere que “la falta de adopción a su debido tiempo de las medidas y precauciones precisas para el diagnóstico precoz de la peritonitis (...), fue lo que motivó una demora tanto en el diagnóstico de la peritonitis -como así informó el médico forense en las previas diligencias penales- cuanto en la adopción de las medidas terapéuticas precisas frente a una patología que requiere de una atención médica rápida. A tales omisiones se ha de imputar el resultado producido, en cuanto ponen de manifiesto la falta de diligencia del personal médico que atendió al paciente por no tener presentes todos los factores de riesgo ni la sintomatología que presentaba (...), lo que motivó que no se interviniese hasta que el paciente (a las 23,45 hs. del día 21-01-2005) se encontraba en el crítico estado descrito en los correspondientes apartados expositivos en situación potencial de riesgo vital”.

11. Mediante oficios de fecha 3 de julio de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora y a la correduría de seguros.

12. Con fecha 6 de julio de 2006, el instructor formula propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación” interpuesta, razonando idéntico sentido que el informe técnico de evaluación”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de julio de 2006, registrado de entrada el día 1 de agosto del mismo año, 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, cuyo original adjunta.

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 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 la determinación del alcance de las secuelas”. En el caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de diciembre de 2005, y si bien los hechos de los que trae causa tienen su origen en el mes de enero del año

2001, constan en el expediente las sucesivas intervenciones quirúrgicas a que fue sometido el reclamante hasta la efectuada el día 25 de junio de 2004, así como los informes posteriores a ésta, el último emitido por el Servicio de Urología del Hospital el día 7 de septiembre de 2005, que en una interpretación antiformalista y favorable al interesado hemos de considerar como fecha de estabilización de las secuelas, por lo que 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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo dispuesto 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 al reclamante por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del

procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado dichos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Igualmente, hemos de señalar la omisión de actos expresos de tramitación e instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba, la determinación de su plazo y la admisión o, en su caso, denegación expresa y motivada de las propuestas. En efecto, solicitada por el reclamante prueba testifical, con indicación de persona requerida y domicilio de éste, nada ha sido, sin embargo, resuelto por la Administración actuante. No obstante, dado el sentido del presente dictamen, y teniendo en cuenta que se trata de un testigo de parte -se propone testifical del hijo del reclamante- sin que nada haya sido alegado por éste -siquiera en su escrito de alegaciones al trámite de audiencia-, este Consejo Consultivo no aprecia razones para suponer que, en el caso de que se hubiera abierto el oportuno periodo probatorio y practicado la prueba testifical, se habría modificado el resultado final. Por esta razón y en aplicación de un principio de eficacia, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto procedimental, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Así mismo, 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. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 20 de diciembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 1 de agosto de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes

requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Funda el reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, considerando que las secuelas que padece en la actualidad (extirpación de vesícula biliar, colectomía parcial, eventración corregida con malla Gore-Tex, heridas y adherencias peritoneales, impotencia, disfunción eréctil y síndrome depresivo reactivo) son consecuencia de la negligente asistencia prestada por el personal sanitario del Hospital Tomando como base el contenido de la historia clínica y la restante documentación incorporada al expediente, realiza el interesado múltiples imputaciones, afirmando que por el personal sanitario que le atendió se produjo una inadecuada preparación quirúrgica el día 14 de enero de 2001, un negligente seguimiento postoperatorio y, en particular, refiere falta de la diligencia debida en la atención prestada el día 21 del mismo mes, produciéndose un claro retraso en el diagnóstico del paciente -que no se concretó hasta las 23.45 horas de dicho día- y, en consecuencia, un retraso también en las medidas terapéuticas que debieron adoptarse.

En definitiva, imputa el interesado a la Administración sanitaria una inadecuada preparación quirúrgica, así como la existencia de un retraso diagnóstico y de las medidas terapéuticas a aplicar por parte de los facultativos del Servicio de Cirugía del Hospital que le atendieron.

Pues bien, comprobada la realidad de las lesiones (que acreditan los informes médicos incorporados al expediente), procede que analicemos el nexo causal que pudiera, en su caso, existir entre aquellas y el funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

Con carácter previo, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como "*lex artis*". Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, el paciente no tiene derecho en la fase de diagnóstico a un resultado, sino a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Respecto de la inadecuada preparación quirúrgica a que dice haber sido sometido el día 14 de enero de 2001, aduce que tratándose de una intervención programada, no de urgencia, no existe justificación para que se realizase una preparación rápida del colon, dado que incrementa los riesgos de complicaciones. Al respecto, hemos de recordar que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante, quien sin embargo no ha aportado ninguna que acredite lo alegado. Ciertamente, consta en la historia clínica del paciente que los facultativos que le atendieron se solicitaron "preparación rápida de colon domingo 14", pero en modo alguno resulta acreditado que tal preparación pueda calificarse de inadecuada, ni mucho menos que ésta implique un aumento de los riesgos sobre la salud del paciente. En este sentido, el informe del Servicio de Cirugía, no contradicho por el interesado, refiere que "previa preparación de colon y profilaxis antibiótica, es intervenido el día 15-1-2001".

Por su parte, el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias considera “adecuada” la preparación preoperatorio, dado que se realizó “el día antes de la intervención”, y se adoptaron cuantas medidas preventivas se consideraron necesarias, como “profilaxis antibiótica de la infección de herida (...), tratamiento antibiótico perioperatorio (...) y profilaxis antitromboembólica”. A la vista de lo anterior, este Consejo Consultivo no puede considerar, como pretende el perjudicado, que la preparación quirúrgica realizada constituya un supuesto de mala praxis médica.

Con respecto al retraso en el diagnóstico, refiere el interesado que la falta de adopción a su debido tiempo de las medidas y precauciones precisas para el diagnóstico precoz de la peritonitis motivó una demora tanto en el diagnóstico (que tuvo lugar a las 23,45 horas del día 21 de enero de 2001, cuando ya se encontraba en estado crítico) como en la terapia precisa.

En apoyo de su argumentación aporta, adjunto a su escrito, copia de las Diligencias Previas, seguidas ante el Juzgado de Instrucción N° 1 de y, en particular, recoge el contenido del informe elaborado por el médico forense, obrante en el expediente como parte de las actuaciones penales, que al respecto refiere que “el cuadro peritoneal tuvo que haberse diagnosticado antes ya que el proceso en sí era de muy mal pronóstico por las complicaciones que pueda originar”. No obstante, ni el interesado en sus escritos, ni el referido informe -que simplemente refiere que el diagnóstico debió haberse sentado “antes”-, precisan el momento concreto en que, a su juicio, debería haber sido diagnosticada la peritonitis sufrida por el paciente.

A pesar de lo anterior, no hay duda de que en el presente caso concurre “un ligero retraso diagnóstico”. Así lo declara expresamente el Auto dictado el día 14 de diciembre de 2004 por la Audiencia Provincial de Oviedo, que, además de acordar el sobreseimiento libre y archivo de las actuaciones, señala textualmente que “no puede afirmarse una mala praxis profesional, por el sólo hecho de que hubo un ligero retraso en el diagnóstico del cuadro peritoneal”.

Partiendo de tal consideración, es decir, admitida la concurrencia de un retraso en el diagnóstico realizado, hemos de valorar si esta dilación ha sido la causa de las secuelas que ahora padece el interesado y de las que deriva la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada. Para ello es preciso determinar, con carácter previo, el momento en que la peritonitis fecaloidea sufrida por el paciente debió haber sido diagnosticada -pues nada señala al respecto el referido Auto, que se limita a señalar la concurrencia de un “ligero” retraso, aunque sin precisar qué debe entenderse por tal-, y examinar si como consecuencia de tal dilación, se produjo, además, una demora en la adopción de las medidas terapéuticas precisas.

Conjuntamente analizada la documentación incorporada al expediente, y en concreto examinada la historia clínica del paciente en relación con las actuaciones penales ventiladas (entre otras, declaraciones testificales, escrito del Ministerio Fiscal, informe elaborado por el médico forense y Auto dictado el día 14 de diciembre de 2004 por la Audiencia Provincial de Oviedo), entendemos que el diagnóstico de peritonitis debió sentarse a partir del momento en que se constata la existencia de una fistula cólica el día 21 de enero de 2001.

En efecto, el informe técnico de evaluación, corroborado por la historia clínica del paciente, refiere que “durante los días 18, 19 y 20 no tenía signos ni síntomas que evidenciasen la existencia de una peritonitis (...), no habiendo ciertamente motivos de sospecha diagnóstica de la situación del enfermo hasta la noche del día 21”. De acuerdo con la historia clínica y declaraciones testificales, la primera advertencia de posibles complicaciones aparece sobre las 10.30 o las 11 horas de la mañana de ese mismo día, ante el descubrimiento de una fístula fecaloidea, si bien al no ser éste un hecho alarmante -el día anterior el paciente presentaba “abdomen distendido y timpanizado, no dolor, apirético, drenaje seroso”- se opta por seguir tratamiento conservador, ante la posibilidad, corroborada por la bibliografía médica, de que la peritonitis localizada pudiera cerrar sola, al no existir peritonitis general, controlando el

foco de infección con medicación y aspiración. En el mismo sentido, el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias refiere que “el 21/01/01 por la mañana (6° día postoperatorio) se detecta posible salida de contenido fecaloideo por el drenaje cercano a la anastomosis, siendo el contenido del otro drenaje normal. En ese momento no hay signos de peritonitis y se intenta manejo conservador”.

El enfermo continúa sin complicaciones a lo largo del día, hasta que a las 21.30 horas, en la visita médica, se constata la existencia de “fístula cólica” con evidente empeoramiento del paciente. Por ello, entendemos que, ya desde ese mismo momento, la Administración sanitaria no debió optar por continuar con tratamiento conservador, sino por utilizar todos los medios posibles, solicitando la práctica de las pruebas necesarias para confirmar el diagnóstico con total exactitud; cosa que, sin embargo, no ocurrió hasta las 23.45 horas, momento en el que, a la vista del empeoramiento del paciente y de los resultados obtenidos, se diagnostica la existencia de “peritonitis fecaloidea” y se determina la necesidad de operar.

Entendiendo que el diagnóstico pudo haberse realizado a las 21.30 horas del día 21 de enero de 2001, la siguiente cuestión a dilucidar consiste en examinar si, en el caso de que la indicación de intervenir quirúrgicamente al paciente se hubiera efectuado en ese momento en lugar de a las 23.45 horas, habría sido posible evitar las secuelas que padece en la actualidad o, dicho más claramente, si son éstas consecuencia de la referida demora.

Al respecto, el informe técnico de evaluación y la propuesta de resolución refieren que “si la reintervención tuvo que decidirse a las 21 o a las 23 horas resulta irrelevante desde un punto de vista médico ya que en nada hubiese modificado la evolución posterior del cuadro clínico”. En el mismo sentido se muestran los distintos informes incorporados a las actuaciones penales, si bien, por su claridad, recogemos el del Fiscal, datado el día 25 de julio de 2003, el cual, en relación con el asunto que nos ocupa, refiere que “la inevitable segunda intervención quirúrgica pudo haberse realizado unas horas

antes pero no es posible establecer por ello una relación de evitabilidad objetiva con suficiente grado de certeza de que no se hubiera producido el cuadro de sepsis de haber sido intervenido quirúrgicamente a las 22:00 horas./ Tan inevitable como la dehiscencia de la sutura de colon fue la disfunción que produjo (ano antinatura), fuera de control médico, en todo momento". Se trataría, pues, de complicaciones médicas inherentes a la propia enfermedad del paciente, sin que sea posible, en consecuencia, establecer una relación de causa a efecto entre ellas y la susodicha demora.

Finalmente, el ya citado Auto de la Audiencia Provincial de Oviedo, de fecha 14 de diciembre de 2004, cuyo contenido recoge el informe técnico de evaluación, concluye, razonando que "frente a un cúmulo inusual de complicaciones, no puede afirmarse una mala praxis profesional, por el sólo hecho de que hubo un ligero retraso en el diagnóstico del cuadro peritoneal, porque lo cierto es que el denunciante siempre estuvo atendido y firmó un consentimiento informado (...) en el que se preveía como riesgo la peritonitis".

Por todo lo expuesto, a juicio de este Consejo, si bien se aprecia un ligero retraso en el diagnóstico practicado por el Servicio de Cirugía del Hospital, que no de la entidad manifestada por el reclamante, no cabe estimar la existencia de nexo causal entre la actividad de la Administración y los daños alegados, toda vez que no consta acreditado que sean éstos consecuencia de la demora diagnóstica ni quirúrgica.

No puede deducirse, por tanto, que la asistencia médica dispensada fuera incorrecta, sino acorde con la "*lex artis ad hoc*", pues el interesado fue examinado de forma continua y puntual por los distintos facultativos que le atendieron, valorando los síntomas presentados en cada momento y adoptando decisiones médicas acordes a éstos. Las secuelas que en este momento padece el reclamante no derivan, en una relación de causa a efecto, de la actuación de los servicios médicos cuestionada, sino que nos encontramos ante complicaciones de la propia enfermedad, por lo que, al faltar el nexo causal y la imprescindible antijuridicidad de los daños alegados, resulta inviable imputar

tales perjuicios a la Administración sanitaria y estimar la reclamación patrimonial presentada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por don

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.