

Expediente Núm. 230/2006
Dictamen Núm. 248/2006

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 7 de agosto 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 recibida en la red hospitalaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha de entrada en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias de 30 de diciembre de 2005, don presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con los daños y perjuicios derivados de lo que califica como defectuosa asistencia médica recibida en la red hospitalaria pública.

Inicia su escrito relatando que “ingresa en el Hospital de, donde, en

fecha 17 de septiembre de 2002, por el "Servicio de Cirugía de dicho hospital se le emite informe en el que se contiene como impresión diagnóstica: "colitis ulcerosa"./ En el mismo informe se indica que el paciente carece de antecedentes de interés".

Prosigue relatando que "desde dicha fecha hasta el informe al que ahora haremos referencia de veintisiete de mayo de dos mil tres (...), el paciente sigue con continuas revisiones en Medicina Interna, con "evolución desfavorable" (...), con gran afectación del estado general y rectorragias./ Lo anterior hace que se decida el traslado a, al Servicio especializado de Digestivo. (...) el mismo día 27 de mayo ingresa en el Hospital (...), y el Servicio de Digestivo de dicho centro, según su propio informe que también se aporta, recoge como motivo de ingreso: colitis ulcerosa./ No obstante, en "diagnóstico principal" expresa: "colitis ulcerosa o gastroenteritis aguda versus brote leve de colitis ulcerosa"./ Destacamos que el diagnóstico del Servicio de Digestivo del Hospital, de fecha (...) 03/06/03, continúa siendo: "enfermedad inflamatoria intestinal. Probable colitis ulcerosa con brote agudo y gran afectación del estado general".

Refiere a continuación que "el 5/6/03 vuelve a ingresar en el mismo centro y servicio, siendo alta con fecha (...) 18/7/03. (...) el Servicio de Digestivo emite informe de alta que dice que dada la afectación ileal y duodenal, estos hallazgos "son más sugestivos de enfermedad de Crohn" (...). Durante esta estancia hospitalaria el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital, emite informe de fecha (...) 24 de junio que establece: "estos hallazgos sugieren enfermedad inflamatoria intestinal aunque su aspecto no es característico de enfermedad de Crohn". Añade que "pese a lo anterior, en el informe de alta de la citada fecha 18/07/03 (...) se contiene como diagnóstico principal:/ 1.- "Enfermedad inflamatoria tipo Crohn en brote severo./ 2.- Neumomediastino, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo que precisó ingreso en UVI./ 3.- Desnutrición calórico-proteica"./ En evolución y comentarios se expresa "todo apunta a la presencia de una enfermedad de Crohn, explicando a

la familia el desconocimiento de la posible evolución de la enfermedad y no descartando una intervención quirúrgica dada la extensión inflamatoria de sus lesiones”.

Continúa relatando que “en fecha (...) 25/7/03 se produce nuevo ingreso en el Hospital Ante la mala evolución deciden consultar a Cirugía y es operado finalmente en fecha (...) 22/8/05 (*sic*) y con el resultado de `apendicectomía profiláctica` al tiempo que realizan una biopsia (...). La doctora que realizó la intervención, de manera verbal, manifestó al suscribiente que no padecía Crohn. Al respecto de esta intervención el Servicio de Nutrición en informe posterior utiliza el adverbio `únicamente` para referirse a lo realmente realizado en la operación quirúrgica, es decir, una actuación innecesaria y que quizá dicha extirpación del apéndice sólo pretendió justificar la operación”. Así, también se nos relata como fue perdiendo peso y de 68 kg en septiembre de 2002, un año más tarde, es decir, septiembre de 2003 su peso era de 48 kg.

A partir de dicha fecha “inicia un tratamiento que le causa gravísimos sufrimientos (...) y que hizo de su vida un padecer constante que le manifestaron que no tenía solución. Señalar que no se le ocurre analizar posibles antecedentes familiares, que pudieran orientar el diagnóstico de una manera más clara o antecedentes personales cuando se nombraban diarreas de repetición. (...) ante su deplorable situación (...), va reduciendo su dieta (...), lo que le ocasiona una grave crisis que hace que vaya a ver al (...) Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital, el cual (...) me sugiere la posibilidad de que pueda ser celiaco. Así le indica el inicio de una dieta sin gluten. Cuando la sintomatología era la misma que había tenido durante todo el proceso./ Este doctor diagnostica en enero de 2005 (...) `paciente con enfermedad celiaca que lleva 10 meses a tratamiento con dieta sin gluten con excelente respuesta clínica, analítica e inmunológica, estando actualmente en remisión completa`./ El tratamiento es:/ `1°.- Régimen de vida normal./ 2°.-Alimentación; dieta sin gluten estricta de forma permanente./ 3°.- No precisa medicación por nuestra

parte en la actualidad ´”.

Por lo anterior, entiende que “una sugerencia inicial (...) determinó que los distintos centros y servicios sanitarios (...) dieran como diagnóstico cierto lo que no era tal, y para más agravio, aun con un criterio contradictorio, y sin razón alguna se continuó con el diagnóstico de Crohn, como base del tratamiento posterior. Ello determinó a su vez todo el devenir posterior del tratamiento administrado y del `padecimiento´ que hubo de pasar”. En concreto, refiere que “el tratamiento para la enfermedad de Crohn está basado en una medicación muy agresiva a base de corticoides e inmunodepresores que provocan un debilitamiento generalizado del organismo, con importantes efectos secundarios”.

Concluye, pues, “la existencia de una praxis médica negligente”, ya que los distintos servicios “actuaron descoordinadamente y sin criterio cierto o patrón de conducta” con las “consecuencias que ello produjo en mi salud, en mi persona, en mi vida”. Un “error inicial de diagnóstico y una desatención posterior determinaron incluso una intervención quirúrgica que no tenía razón de ser y un tratamiento que no se justificaba y que agravó notablemente la situación del paciente. Se le daba dieta y medicación que contenía gluten cuando ello era precisamente lo contrario a lo que necesitaba la situación real (...). Pasó meses ingresado en el hospital donde se le realizaban pruebas y se le tenía en observación, y nadie pensó en algo tan simple como retirar el gluten de la dieta”.

En cuanto al daño sufrido refiere haber quedado “anulado por completo, mi salud se deterioró de modo gravísimo e irreversible y mi sistema inmunológico asimismo quedó bajo mínimos, hasta el punto de que en la actualidad un simple antibiótico me produce trastornos muy importantes”.

Añade que “la doctrina médica entiende que (...) la enfermedad de Crohn requiere intervenciones quirúrgicas para ir eliminando de manera progresiva las partes afectadas, que recordemos es lo que se le pretendió realizar al compareciente, pero con la sorpresa de la cirujana que al realizar la

operación observa que no tenía la citada afectación, realizando una apendicectomía profiláctica pero que no era necesaria, y le comenta al compareciente que según su opinión no era Crohn lo que padecía. Pues bien pese (a) lo anterior se continúa con el empeoramiento hasta enero de 2005, en el que precisamente y por la dieta manifestada por el compareciente, se le ocurre pensar al propio doctor que le vino tratando que podría ser celíaco, diagnóstico éste que produjo el inicio del fin de la pesadilla padecida, si bien, con el matiz de los daños que los tratamientos me dejaron”.

Por lo anterior, solicita ser indemnizado en la cantidad global de ciento veinte mil euros (120.000 €) “por los daños derivados por la asistencia recibida”, al entender que fue ésta “inadecuada y (...) la causa de que se me ocasionen una serie de daños que se concretaron en el sufrimiento padecido durante estos años, que el tratamiento brutal a que fui sometido me produjo una anulación total de mi vida personal, familiar, social, profesional... ello sin perjuicio del daño moral igualmente sufrido, y las secuelas que me restan consistentes en:/ deterioro general de la salud, daño moral o psicológico, y perjuicio estético”.

Adjunto a su escrito aporta:

1) Informe de alta del Servicio de Cirugía del Hospital de, de fecha 17 de septiembre de 2002, en el que se señala como impresión diagnóstica “colitis ulcerosa”. Dentro del apartado “antecedentes personales” refiere “no alergias conocidas. No antecedentes de interés. No toma tratamientos crónicos”.

2) Informe de alta del Hospital de, de fecha 27 de mayo de 2003, dentro de cuyo apartado “antecedentes personales” refiere “ingreso en sept-02 por rectorragias siendo diagnosticado de colitis ulcerosa, realizando colonoscopia hasta colon transversal y con Bx. compatible con colitis ulcerosa. Desde entonces sigue en revisiones en Medicina Interna presentando evolución desfavorable”. En relación con la “evolución” del paciente se indica que “el cuadro clínico ha ido empeorando, con gran afectación del estado general y

rectorragias, por lo que se decide su traslado a un Servicio especializado de Digestivo". Como "impresión diagnóstica" indica "enfermedad inflamatoria intestinal. Probable colitis ulcerosa con brote agudo y gran afectación del estado general".

3) Informe de fecha 3 de junio de 2003, del Servicio de Digestivo del Hospital, en el que se señala como fecha de ingreso el día 27 de mayo de 2003 y se recoge como "diagnóstico principal: (...) colitis ulcerosa (...) gastroenteritis aguda versus brote leve de colitis ulcerosa". Como datos complementarios consta la práctica de: hemograma, coagulación, bioquímica, orina, gasometría sangre venosa, alfa I glicoproteína ácida, cultivo de heces, cultivo de fragmentos de mucosa rectal, urinocultivo, ecografía abdominal y colonoscopia.

4) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital, de fecha 24 de junio de 2003, que establece que "estos hallazgos sugieren enfermedad inflamatoria intestinal aunque su aspecto no es característico de enfermedad de Crohn". Como impresión diagnóstica señala "enfermedad inflamatoria intestinal afectando a un segmento extenso de íleon".

5) Informe de alta del Servicio de Digestivo del Hospital de fecha 18 de julio de 2003. En relación con la evolución del paciente, señala que se observa "una gran afectación de íleon en toda su extensión por lo que todo apunta a la presencia de una enfermedad de Crohn. Explicamos a la familia nuestro desconocimiento de la posible evolución de su enfermedad debiendo mantener (...) la observación estricta del paciente por si a la larga precisase una intervención quirúrgica, dada la extensión inflamatoria de sus lesiones". Dentro del apartado "diagnóstico principal" refiere "1. Enfermedad inflamatoria tipo Crohn en brote severo./ 2. Neumomediastino, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo que precisó ingreso en UVI./ 3. Desnutrición caloricoproteica". Se recoge una amplia lista de pruebas realizadas, dentro del apartado "datos complementarios y procedimientos significativos". Uno de esos datos es el referido a "autoanticuerpos", en el que consta "antigliadina IGA negativo;

antitransglutaminasa negativo; anticitoplasma de neutrófilos negativo”.

6) Informe de alta del Servicio de Cirugía General I del Hospital, de fecha de 5 de septiembre de 2003, respecto del ingreso acaecido el día 25 de julio del mismo año. Como “motivo del ingreso” señala que se trata de un paciente de “Digestivo (...)”. Ante la mala evolución, se solicita consulta a nuestro Servicio”. En el apartado “evolución” refiere que, “ante la no resolución de la clínica de dolor abdominal y resultado del TC, se pide valoración por nuestra parte. Valorado el caso en sesión clínica, se decide intervención”. Como procedimientos quirúrgicos señala que “el día 22-8-03 es intervenido (...)”, encontrándose una zona hiperémica de 5 cm a 20 cm de la válvula ileocecal y adenopatías en mesenterio de íleon terminal con resto del rastreo normal. Se realiza apendicectomía profiláctica y biopsia”.

7) Informe del Servicio de Nutrición, datado el día 15 de septiembre de 2003, que relata cómo el paciente fue perdiendo peso, pasando de 68 kg en septiembre de 2002 a 48,500 kg un año más tarde, en septiembre de 2003.

8) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 21 de septiembre de 2003, al que acude por presentar dolor en las rodillas.

9) Informe de Urgencias del Hospital de, de fecha 12 de julio de 2004, “tras sufrir dolor lumbar con bloqueo tras gesto deportivo”.

10) Informe del Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital, de fecha 23 de noviembre de 2005. Como antecedentes personales del paso del paciente por el Hospital de y por el Hospital hasta diciembre de 2004, sólo refiere que “fue intervenido de apendicitis. Artrialgias ocasionales en muñecas y rodillas”. Añade, a continuación, que es “diagnosticado de enfermedad celiaca en enero del 05 y desde entonces a dieta sin gluten habiendo presentado una notable mejoría y recuperado unos 20 Kg de peso, estando actualmente en 70 Kg y mide 1,72. Su madre también es celíaca”. Señala como datos analíticos, entre otros, “anticuerpos antitransglutaminasas 0.01 u/ml. HLA DQ 2 positivo”. Como comentario, refiere “paciente con enfermedad celiaca que lleva 10 meses a tratamiento con dieta sin gluten con excelente respuesta clínica, analítica e

inmunológica, estando actualmente en remisión completa". Como diagnóstico consta "enfermedad celiaca".

2. Mediante escrito de 12 de enero de 2006, notificado el día 20 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la recepción de su reclamación con fecha 30 de diciembre de 2005 y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Mediante oficios datados, respectivamente, los días 19 y 27 de enero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita de la Secretaría General del Hospital la remisión en un plazo máximo de quince días de la historia clínica del paciente "relativa a los episodios comprendidos entre mayo de 2003 hasta la actualidad" e informe de los servicios intervinientes (Digestivo y Cirugía General) y de la Gerencia del Hospital de copia de la historia clínica del paciente e informe del Jefe del Servicio implicado.

4. Por escrito de 1 de febrero de 2006, el Secretario General del Hospital remite fotocopia de la historia clínica del paciente relacionada con el proceso objeto de la reclamación. En ella no constan antecedentes familiares de enfermedad celiaca y sí el ya mencionado informe de alta del Servicio de Digestivo del Hospital, de fecha 18 de julio de 2003, en el que se da cuenta del resultado analítico de los "autoanticuerpos: (...) antigliadina IGA negativo; antitransglutaminasa negativo; anticitoplasma de neutrófilos negativo". También obra en la historia clínica incorporada al expediente un informe relativo a consulta externa de Nutrición del Hospital, de fecha 15 de julio de 2004, en el que se afirma "excelente estado general, con ingesta completa (incluida fibra), sin clínica digestiva de ningún tipo./ Peso: 63,800 kg (aumento de 15 kg desde el alta)".

5. Mediante oficio de fecha 3 de febrero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al Jefe de Servicio de Digestivo del Hospital la remisión de copia de cuantos informes hubieran sido emitidos por dicho Servicio con posterioridad a septiembre de 2003.

6. Por escrito de fecha 3 de febrero de 2006, el Gerente del Hospital de remite copia de la historia clínica del paciente e informe emitido por la Jefa del Servicio de Cirugía General.

El informe de la Jefa del Servicio de Cirugía General, fechado el día 1 de febrero de 2006, tras exponer los antecedentes del reclamante en dicho centro, refiere disponer “de una biopsia de su primer ingreso, con confirmación histológica de colitis ulcerosa. En su segundo ingreso, por los hallazgos del escáner se podría hacer el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, de cualquier manera una enfermedad inflamatoria intestinal”.

7. Mediante escritos de fecha 7 y 16 de febrero de 2006, el Secretario General del Hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias copia de los informes emitidos por los Servicios de Cirugía General I y de Aparato Digestivo del Hospital

El informe elaborado por la Jefa del Servicio de Cirugía General I, datado el día 3 del mismo mes, refiere que “el caso objeto de la reclamación es en su inmensa mayoría responsabilidad del Servicio de Aparato Digestivo. El Servicio de Cirugía se limitó a contestar a la demanda de aquel Servicio, puesto que el enfermo no evolucionaba bien y el informe radiológico apuntaba la posibilidad de enfermedad inflamatoria intestinal. El Servicio de Cirugía lo discutió en sesión clínica y se decidió intervención quirúrgica de acuerdo con el Servicio de Aparato Digestivo, que es quien la solicitó y basándose en los informes radiológicos. Esta actitud es absolutamente correcta (...). Los hallazgos quirúrgicos, perfectamente descritos en la hoja de intervención, indican poco probable el diagnóstico de enfermedad de Crohn (que es una variante de la

enfermedad inflamatoria intestinal), sin descartarlo del todo pues se describe una zona algo hiperhémica en el íleon terminal. Se practica apendicectomía profiláctica y biopsia de un ganglio mesentérico que es lo correcto en estos casos. Hay que interpretar que la intervención no era necesaria como tratamiento pero si ha sido necesaria como procedimiento diagnóstico. La actitud adoptada es la adecuada". Añade que "todo lo concerniente a la discrepancia diagnóstica entre la primera época (enfermedad de Crohn) y la segunda (enfermedad celiaca) es responsabilidad del Servicio de Aparato Digestivo".

No obstante, concluye que "puesto que se trata de una enfermedad que con alguna frecuencia requiere cirugía, creemos que los elementos complementarios de diagnóstico inclinaban la balanza a aquel diagnóstico inicial".

Por su parte, el informe del Jefe del Servicio de Aparato Digestivo, de fecha 15 de febrero de 2006, señala en relación con el asunto de referencia lo siguiente: "1. El primer ingreso fue en el H. de por el S° de Cirugía (17.9.02) y fue interpretado como un brote agudo de colitis ulcerosa por presentar diarreas y rectorragias./ 2. El segundo ingreso, el 27 de mayo del 03, fue (...) nuevamente en el H. de en el S° de M. Interna, donde se ratificó la colitis ulcerosa de evolución desfavorable./ 3. Dada la mala evolución se trasladó el 27 de mayo del 03 y fue ingresado en el S° de Digestivo, confirmando el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con brote agudo y gran afectación del estado general./ 4. El 18 de julio del 03 ingresó nuevamente en la UVI diagnosticado de neumomediastino, neumoperitoneo y desnutrición calórico-proteica por lo que fue intervenido el 22.8.03 y se le realizó una apendicectomía profiláctica (...). 5. En enero del 05 acude a nuestra consulta y se le diagnostica de enfermedad celiaca, pues había perdido 20 kg de peso, presentaba una situación clínica comprometida y seguía con diarreas. Se le puso a dieta sin gluten y tuvo una respuesta clínica y analítica excelente, estando actualmente completamente asintomático y no precisando tomar

ninguna medicación”.

Como comentarios finales, añade que “realmente es muy importante realizar un diagnóstico diferencial correcto entre enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca puesto que ambos procesos se pueden confundir y es por ello necesario la realización de estudios sistemáticos de despistaje de forma rutinaria de enfermedad celiaca, especialmente en individuos jóvenes para tratar de evitar ttos. médicos prolongados e intervenciones quirúrgicas probablemente innecesarias que ocasionan sufrimientos físicos y morales tanto a los pacientes que lo padecen como a los familiares que conviven con ellos”.

A su informe acompaña otros de revisiones clínicas realizados por el Servicio de Aparato Digestivo con posterioridad al mes de septiembre de 2003. Entre ellos, el de fecha 23 noviembre de 2005, ya aportado por el reclamante.

8. Con fecha 21 de febrero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, después de recoger los antecedentes del caso, realiza diversas consideraciones médicas y afirma que “establecer un diagnóstico diferencial entre las entidades de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) -colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn-, y de aquella con la enteropatía por gluten no es una cuestión pacífica ni sencilla, como parece pretender el reclamante. Los estudios complementarios practicados, exigencia de la clínica que en cada momento presentaba, justifican plenamente la secuencia diagnóstica producida en este caso. Parece claro, que los estudios de imagen y los histopatológicos orientaban hacia la EII y que la ausencia de marcadores inmunológicos (anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa, negativos) descartaban en un primer momento una celiaca. Es de observar igualmente una notable mejoría del paciente y una ganancia ponderal superior a 15 Kg con dieta, suplementos nutricionales y tratamiento medicamentoso, bajo el control de la Unidad de Nutrición”. Añade que “sólo posteriormente, una vez estabilizado el cuadro

clínico, sin la presión derivada del deterioro del estado general del reclamante, un interrogatorio más profundo y selectivo, indagando en sus antecedentes familiares, junto a la positivación de los datos serológicos específicos (anticuerpos antitransglutaminasa y antígeno HLA DQ2 positivos), explicarían la orientación diagnóstica hacia una celiaca. La administración de dieta sin gluten consolidó la buena evolución clínica, ya iniciada anteriormente. En el momento presente el reclamante se encuentra completamente asintomático, sin precisar medicación alguna”.

Finalmente analiza la actuación de la Administración sanitaria, concluyendo que “la conducta de los profesionales sanitarios del SESPA y los que han actuado por cuenta de este organismo, al emplear los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología del reclamante demandaba en cada momento, siendo como es la actividad sanitaria una obligación de medios, ha sido correcta y ajustada a los parámetros definitorios de la lex artis (...). El reclamante alega un supuesto retraso en el diagnóstico definitivo de su patología y una serie de perjuicios derivados del agresivo tratamiento al que fue sometido previamente, pero ello no se debió a una falta de diligencia del servicio sanitario, sino a la dificultad que entraña el diagnóstico de la enfermedad celiaca -de hecho los estudios de despistaje de la misma mediante la determinación (de) marcadores serológicos y la biopsia de la mucosa intestinal la descartaron en un primer momento-, que según los últimos estudios permanece oculta, sin diagnosticar, en las tres cuartas partes de los casos”.

Por todo ello entiende el informante que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada.

9. Con fecha 27 de febrero de 2006, se remite copia de lo actuado a la correduría de seguros y a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

10. Con fecha 18 de mayo de 2006 se emite informe médico a petición de la compañía aseguradora, según se dice en la propuesta de resolución, realizado por cuatro especialistas en Medicina Interna, en el que se considera que “1. El paciente padeció una enfermedad de Crohn en su forma no penetrante, no fistulizante que curó con el tratamiento instaurado, después de una resistencia inicial. Esta forma de Crohn suele curar con el tratamiento y no suele recidivar cuando se ha curado./ 2. Durante el estudio del cuadro que presentaba el enfermo se hizo un amplio estudio de diagnóstico diferencial para excluir otras posibilidades y los resultados permitieron excluir, con razonable seguridad, una enfermedad celiaca que era imposible diagnosticar en ese momento./ 3. Sólo cuando la enfermedad de Crohn ha curado y, ante la persistencia de la falta de ganancia de peso fue posible pensar en enfermedad celiaca e instaurar una dieta sin gluten, con buen resultado./ 4. El excelente resultado de la dieta sin gluten no permite un diagnóstico de certeza de enfermedad celiaca ya que es necesario ver la atrofia de las vellosidades en la biopsia intestinal para hacer el diagnóstico con seguridad./ 5. La actuación médica con este paciente ha sido correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”.

11. Con acuse de recibo del día 21 de junio de 2006, se notifica 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. No consta que se personara el interesado en las dependencias de la Administración ni la presentación de alegaciones.

12. Con fecha 21 de julio 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta por el interesado. Con base en los antecedentes y fundamentos de derecho que considera de aplicación, razona, en síntesis, que “el supuesto retraso en el diagnóstico definitivo de su patología, al igual que los perjuicios derivados del agresivo tratamiento al que fue sometido previamente, no se debieron como

pretende el reclamante a una falta de diligencia del servicio sanitario, sino a la dificultad que entraña el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal, con la que el reclamante fue etiquetado, respecto de la enfermedad celiaca -de hecho los estudios de despistaje de la misma mediante la determinación (de) marcadores serológicos y la biopsia de la mucosa intestinal la descartaron en un primer momento-. Sólo, una vez estabilizado el cuadro clínico y con un estado general menos preocupante, un interrogatorio más profundo y selectivo, junto a la positivación de los datos serológicos específicos (anticuerpos antitransglutaminasa y antígeno HLA DQ2 positivos), explicarían la orientación diagnóstica hacia una celiaca, enfermedad que según los últimos estudios permanece oculta, sin diagnosticar, en las tres cuartas partes de los casos. La administración de dieta sin gluten consolidó la buena evolución clínica ya iniciada anteriormente”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de agosto de 2006, registrado de entrada el día 9 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, 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 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, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, 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 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 lleva fecha de registro de entrada de 30 de diciembre de 2005. Surgen dudas sobre la concreción del “*dies a quo*” de aquel plazo, en primer lugar, porque el paciente reclama por unos daños que podrían entenderse superados el 15 de julio de 2004, pues el informe de la especialista en Nutrición de esa fecha refiere “excelente estado general, con ingesta completa (incluida fibra), sin clínica digestiva de ningún tipo./ Peso: 63,800 kg (aumento de 15 kg desde el alta)”. En segundo lugar, aunque se considere que el “*dies a quo*” es aquel en el que se realiza el diagnóstico certero de la enfermedad padecida por el interesado, la única constancia que hay de esa fecha es por referencia, de un informe del Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital, firmado el 23 de noviembre de 2005, en el que señala que el enfermo es diagnosticado de

enfermedad celiaca "en enero del 05". No se indica el día concreto, ni consta en la historia clínica que obra en el expediente documento alguno del mes de enero de 2005 en el que figure el dato significativo de que la madre del paciente "es también celiaca", o en el que se formule ese nuevo diagnóstico. Tampoco existe informe de laboratorio que dé fe de los datos analíticos que se mencionan en dicho informe del Jefe de Servicio de Digestivo del Hospital En tercer lugar, volviendo a la determinación temporal del daño, pudiera pensarse que el cambio de diagnóstico en enero de 2005 y la nueva dieta fueron decisivos para que comenzasen a remitir los padecimientos del paciente, y así parece corroborarlo el citado informe, al decir: "diagnosticado de enfermedad celiaca en enero del 05 y desde entonces a dieta sin gluten habiendo presentado una notable mejoría y recuperado unos 20 Kg de peso, estando actualmente en 70 Kg". Sin embargo, esta apreciación parece contradecirse con el informe antes mencionado, de 15 de julio de 2004, de la doctora especialista en Nutrición del Hospital , que señala que en esa fecha el paciente ya pesaba 63,800 kg, habiendo recuperado 15 kilos. El conjunto de estos datos podrían inclinar a este Consejo a considerar que existen indicios de que el derecho a reclamar ha prescrito. No obstante, de acuerdo con reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo "corresponde a quien alega la prescripción la prueba del dies a quo del plazo prescriptivo, de manera que la falta de concreción y la indeterminación del día inicial, o las dudas que sobre el particular puedan surgir no deben en principio resolverse en contra de la parte a cuyo favor juega el derecho reclamado" (Sentencia de la Sala de lo Civil, de 25 de abril de 2000). Teniendo en cuenta que la Administración no ha alegado la prescripción ni tampoco ha suministrado documentación que haga pensar en dicho efecto de manera irrefutable, consideramos, en aplicación del principio "*in dubio pro actione*", que la reclamación no se ha ejercitado fuera 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.

Asimismo, 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 General de la Administración del Principado de Asturias el día 30 de diciembre de 2005, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 9 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 interesado su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración, consecuencia de una praxis médica negligente que concreta en un error de diagnóstico inicial -enfermedad inflamatoria intestinal en lugar de enfermedad celiaca- y en un inadecuado tratamiento -el correspondiente a la enfermedad de Crohn, como modalidad de enfermedad inflamatoria intestinal- por parte de los facultativos de los distintos servicios sanitarios de la red pública hospitalaria que le atendieron. Considera que, a pesar de las contradicciones existentes en la determinación del diagnóstico realizado y de las diferentes pruebas practicadas, se produjo una clara desatención del paciente, pues no se tuvieron en cuenta elementos tan básicos como sus antecedentes familiares -su madre sufre enfermedad celiaca- o personales -diarreas de repetición-, entendiéndose que de este error deriva, a su juicio, el debilitamiento generalizado de su organismo y demás padecimientos que hubo de sufrir, resultando que incluso hubo de someterse a “una intervención quirúrgica que no tenía razón de ser y (a) un tratamiento que no se justificaba y que agravó notablemente la situación del paciente”.

Al no resultar controvertida la realidad del daño frente al que formula el interesado su pretensión indemnizatoria, para determinar una eventual responsabilidad de la Administración procede que analicemos si concurre o no en el caso que se examina relación de causalidad entre la asistencia sanitaria

prestada y las secuelas físicas -deterioro general de la salud y sistema inmunológico del paciente- y morales -grave sufrimiento derivado de la actuación sanitaria- padecidas por el reclamante.

A este respecto, hemos de recordar, que tratándose de la Administración sanitaria, el servicio público por ella prestado 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*", que nada tiene que ver con la obtención de resultados concretos. Tal responsabilidad ha de extenderse también a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrita a la del tratamiento médico al paciente. Pero, siguiendo el criterio anterior, ello no comporta el derecho de éste a un diagnóstico de resultado acertado y correcto, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, procede analizar si la actuación médica denunciada se ajustó o no a la "*lex artis*".

Al respecto se advierte que la Administración sanitaria no adopta una postura unánime. Por una parte, el informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital de considera correcto el diagnóstico realizado, que lo calificó como enfermedad inflamatoria intestinal, aunque sin pronunciarse sobre si debía considerarse una "colitis ulcerosa" o bien "enfermedad de Crohn". Señala al respecto que "se podría hacer el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, de cualquier manera una enfermedad inflamatoria intestinal". Por otra, el Servicio de Cirugía General del Hospital considera acertado el diagnóstico de "enfermedad de Crohn", razonando que aunque los hallazgos quirúrgicos la hacían poco probable "la

existencia de una zona algo hiperhémica en el íleon terminal” impedían “descartarlo del todo” y añade que “los elementos complementarios (...) inclinaban la balanza a aquel diagnóstico inicial”. Asimismo, considera “adecuada” la “apendicectomía profiláctica” y la biopsia realizadas no “como tratamiento pero si (...) como procedimiento diagnóstico”.

Consideran igualmente ajustada la actuación sanitaria a la *lex artis*, aunque con razonamientos diversos, el informe técnico de evaluación y el informe elaborado por la asesoría privada a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias.

El primero de ellos no duda en considerar acorde a la *lex artis ad hoc* la actuación de la Administración sanitaria, juzgando que no hubo error diagnóstico, si bien admite de forma implícita un “retraso en el diagnóstico definitivo de su patología”. Justifica tal retraso en “la dificultad que entraña el diagnóstico de la enfermedad celiaca -de hecho los estudios de despistaje de la misma mediante la determinación (de) marcadores serológicos y la biopsia de la mucosa intestinal la descartaron en un primer momento-, que según los últimos estudios permanece oculta, sin diagnosticar, en las tres cuartas partes de los casos”. En el mismo sentido, es decir, entendiendo que no hubo en el presente supuesto una mala praxis médica, se muestra el segundo de los referidos informes. No obstante, difiere del anterior, por cuanto no hace referencia a un posible retraso diagnóstico, sino que niega de forma contundente la concurrencia del alegado error, al considerar que “el paciente padeció una enfermedad de Crohn en su forma no penetrante, no fistulizante que curó con el tratamiento instaurado, después de una resistencia inicial. Esta forma de Crohn suele curar con el tratamiento y no suele recidivar cuando se ha curado (...). Durante el estudio del cuadro que presentaba el enfermo se hizo un amplio estudio de diagnóstico diferencial para excluir otras posibilidades y los resultados permitieron excluir, con razonable seguridad, una enfermedad celiaca que era imposible diagnosticar en ese momento (...). Sólo cuando la enfermedad de Crohn ha curado, y ante la persistencia de la falta de ganancia

de peso, fue posible pensar en enfermedad celiaca e instaurar una dieta sin gluten, con buen resultado”.

Finalmente, hemos de hacer referencia al informe realizado por el Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital, que, a diferencia de todos los hasta ahora reseñados, obvia un pronunciamiento sobre la adecuación o no de la actuación sanitaria practicada a la “*lex artis*”, y formula unos comentarios en los que de forma tácita parece reconocer, en línea con lo alegado por el interesado, el tantas veces citado error de diagnóstico. Dicho informe señala que “es muy importante realizar un diagnóstico diferencial correcto entre enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca puesto que ambos procesos se pueden confundir y es por ello necesario la realización de estudios sistemáticos de despistaje de forma rutinaria de enfermedad celiaca, especialmente en individuos jóvenes para tratar de evitar ttos. médicos prolongados e intervenciones quirúrgicas probablemente innecesarias que ocasionan sufrimientos físicos y morales tanto a los pacientes que lo padecen como a los familiares que conviven con ellos”.

Por su parte, como señalamos anteriormente, el interesado considera que las secuelas que padece en la actualidad son consecuencia de haber recibido tratamiento médico acorde a la enfermedad de Crohn cuando, en realidad sufría, enfermedad celiaca. Aporta, en apoyo de su pretensión, distintos informes médicos obrantes en la historia clínica que acreditan la evolución y daños sufridos por el paciente, así como las dificultades existentes para valorar los síntomas presentados por él en cada momento y, a la vista de éstos y de los resultados de las numerosas pruebas realizadas, establecer un diagnóstico certero.

De un examen conjunto de toda esta documentación, y muy en especial de la que aporta el propio reclamante, podemos considerar que el supuestamente tardío diagnóstico de la enfermedad celiaca se debe, por un lado, al enmascaramiento de la misma en unos síntomas que hacían pensar razonablemente en una enfermedad inflamatoria intestinal, bien colitis ulcerosa,

bien enfermedad de Crohn. El informe del Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital parece avalar la tesis del reclamante, pues desliza la sospecha de que los padecimientos sufridos se hubiesen evitado con la "realización de estudios sistemáticos de despistaje de forma rutinaria de enfermedad celiaca". Pero tales estudios se hicieron, y desconoce este Consejo por qué se ignoran en ese informe, cuando fueron realizados en ese Servicio. No hay constancia de que antes de enero de 2005, si hacemos caso al informe de este mismo Jefe de Servicio, emitido el 23 de noviembre de 2005, hubiese el paciente informado de que "su madre también es celíaca". Preguntado en anteriores ocasiones, al elaborar su historia clínica respondía que no tenía antecedentes familiares de interés y así consta en su propia reclamación al mencionar el informe del Servicio de Cirugía del Hospital de, de 17 de septiembre de 2002. Pero, lo que es más importante, en la documentación que aporta, que aparece repetida en la historia clínica y que, de forma sorprendente, adjunta el citado Jefe de Servicio a su escrito de 15 de febrero de 2006, consta un informe de ese mismo Servicio de Digestivo, de 18 de julio de 2003, en el que figura la realización de numerosas pruebas, entre ellas las de despistaje de la enfermedad celiaca, como son las relativas a "autoanticuerpos" en las que se dice "antigliadina IGA negativo; antitransglutaminasa negativo". Parece lógico que con estos datos negativos, la enfermedad se tratase conforme a los síntomas más evidentes y creíbles, que apuntaban hacia una enfermedad inflamatoria intestinal. En tal situación, y dado el empeoramiento del estado de salud del enfermo, la intervención quirúrgica que se le practicó estaba, a juicio de los especialistas, justificada "como procedimiento diagnóstico". La alusión en el informe del mencionado Jefe del Servicio de Digestivo, de que con la realización de estudios de despistaje se trata de evitar, entre otros inconvenientes, "intervenciones quirúrgicas probablemente innecesarias", no descalifica la cirugía practicada al paciente, pues tales estudios fueron hechos y le constan al que eso afirma, pues los adjunta a su informe.

Por otra parte, no puede afirmarse que haya un error en el diagnóstico, sino, todo lo más, un diagnóstico tardío que, por lo ya dicho, no es imputable en ningún caso a una vulneración de la *"lex artis"*. Aun así, no tiene este Consejo elementos de juicio suficientes para afirmar esa tardanza en el diagnóstico y desechar la idea de que la enfermedad inflamatoria intestinal estaba bien diagnosticada. Primero, porque así lo avalan, como queda dicho, algunos de los informes técnicos aportados. Segundo, porque el informe, de 15 de julio de 2004, de la especialista en Nutrición del Hospital considera al paciente recuperado de su enfermedad al manifestar "excelente estado general, con ingesta completa (incluida fibra), sin clínica digestiva de ningún tipo./ Peso: 63,800 kg (aumento de 15 kg desde el alta)". Tercero, porque el informe que sirve de base para afirmar la enfermedad celiaca del paciente, firmado por el Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital con fecha 23 de noviembre de 2005, tiene vacíos y contradicciones, que no supe en su posterior informe de 15 de febrero de 2006, a pesar de que dice adjuntar "informes clínicos de revisión realizados por el S° de Digestivo con posterioridad a septiembre del 03 como se nos solicita". Pues, en efecto, además de no existir en la historia clínica los documentos que acrediten que en enero de 2005 se le diagnostica la enfermedad celiaca, se señala en dicho informe de noviembre de 2005, como antecedentes personales del paso del paciente por el Hospital de y por el Hospital hasta diciembre de 2004, que "fue intervenido de apendicitis. Artrialgias ocasionales en muñecas y rodillas". No atina a comprender este Consejo cómo puede omitir el autor del informe, Jefe del Servicio de Digestivo del Hospital, todo el tratamiento recibido por el paciente desde junio de 2003 en su propio Servicio médico, reflejado en una historia clínica de más de quinientos folios y resumido por él en que el paciente "fue intervenido de apendicitis", ya que las otras dolencias nada tienen que ver con la actuación por la que se reclama. Tampoco se entiende, y ya se ha reflejado en la consideración jurídica tercera de este dictamen, cómo se puede afirmar que fue "diagnosticado de enfermedad celiaca en enero del 05 y desde entonces a dieta

sin gluten habiendo presentado una notable mejoría y recuperado unos 20 Kg de peso, estando actualmente en 70 Kg”, cuando esa mejoría, con un aumento de peso de 15 kg, ya la había experimentado en julio de 2004, según el informe de esa fecha de la especialista en Nutrición del Hospital, que pone de manifiesto que el paciente, afortunadamente, ya había superado los problemas de salud.

En suma, del examen conjunto de la documentación incorporada al expediente este Consejo considera que la actuación sanitaria denunciada no fue contraria a la “*lex artis*”, poniendo en práctica la Administración todos los medios necesarios para un correcto diagnóstico de la enfermedad y curación del paciente.

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 formulada 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.