

Expediente Núm. 80/2011
Dictamen Núm. 152/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de abril de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por #reclamante#, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de julio de 2009, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación por entender que “por una serie de errores” ocurridos “durante el posoperatorio, tuvo que permanecer en la UCI durante 97 días”, siendo necesarias “otras estancias hospitalarias” y “rehabilitación durante tres meses” resultando “de todo ello unas graves secuelas físicas y psíquicas”.

En cuanto a los hechos, relata que “con antecedentes médicos de fibrilación auricular paroxística e intervención quirúrgica de by-pass coronario en 2005”, debido a “algunos episodios de rectorragias” acudió al Servicio de Digestivo del Hospital “X”, donde el “día 13 de marzo de 2008 se le practicó una colonoscopia en la que se observó una lesión en colon”; tras el estudio de la biopsia se confirmó el diagnóstico de “adenocarcinoma moderadamente diferenciado”; señala que se “completó el estudio de la extensión tumoral mediante TAC abdominopélvico, RNM de hígado, estudio analítico y se solicitó estudio preoperatorio con especial valoración cardiaca”.

El día 9 de mayo de 2008, “mediante laparoscopia” se le realiza “una sigmoidectomía”, presentando en el “posoperatorio inmediato (...) inestabilidad hemodinámica” por lo que se procedió a “la transfusión de hemoderivados”; el 11 de mayo aparece “un gran hematoma en fosa iliaca derecha”, al día siguiente “el hematoma había aumentado” extendiéndose “por todo el flanco y el costado”; el 13 “tenía distensión abdominal y el hematoma se extendía por todo el tórax y el abdomen”, iniciándose los vómitos, que se incrementaron a las 24 horas, siendo “precisa la colocación de una sonda gástrica”. Relata que se solicitó “una radiografía de tórax y se llevó a cabo interconsulta a Medicina Interna y a Neumología”; el 15 tuvo “una leve mejoría respiratoria”, pero dado que había realizado “deposiciones líquidas con sangre”, se solicitó una “radiografía abdominal”; el 16 se aprecia “una distensión de asas de intestino delgado con presencia de gas en (el) colon”, se solicitó “una TAC urgente”, tras la cual se “decidió (una) intervención quirúrgica urgente por sospecha de dehiscencia de suturas”, diagnóstico que fue confirmado, procediéndose a una “resección de la porción de colon isquémica y colocación de una colostomía en fosa iliaca”. Sigue relatando que “ingresó en la UCI en situación de shock séptico con disfunción multiorgánica y necesidad de ventilación mecánica”, la evolución “durante las siguientes semanas estuvo llena de complicaciones, además de precisar de una traqueotomía”, posteriormente tuvo “un nuevo cuadro infeccioso de posible origen intestinal” y sufrió “una bronconeumonía química” causada por “la inserción equivocada de la sonda de nutrición en

sistema respiratorio”, lo que dio lugar “a un nuevo estado de shock séptico con fracaso multiorgánico” y “parada cardiaca” de la que “fue reanimado”. Se le realizó un “estudio electromiográfico” que mostró “patrones del llamado síndrome del paciente crítico”.

Considera que “presentó complicaciones desde el primer día del posoperatorio”, y que desde “el primer momento se tuvo sospecha fundada de que se había producido una hemorragia intensa”, pero se “dejó evolucionar durante siete días, con complicaciones sobreañadidas, sin llevar a cabo una sola prueba diagnóstica para conocer su estado”, por lo que entiende que se produjo “un retraso diagnóstico injustificado, por la falta de utilización de recursos disponibles”, y añade que “resulta obvio que cuanto más precoz hubiera sido el diagnóstico, menor hubiera sido la entidad de la peritonitis y de las posteriores complicaciones”. Expone que fue trasladado al Hospital “Y”, estando en ese momento con “total dependencia de terceros”, permaneciendo ingresado durante un mes “en el cual recuperó la capacidad de deglutir y cierta fuerza muscular”, pudiendo realizar de “forma autónoma algunas de las actividades de la vida diaria”. El día 30 de septiembre de 2008, “fue trasladado a su domicilio para continuar la rehabilitación” durante “tres meses”, y tras dicho período señala que “la situación actual” es que “mantiene la colostomía en fosa iliaca”, desde el punto de vista de la función cardiaca indica que “la fracción de eyección actual es de un 40% habiendo sido del 60% con anterioridad a la intervención”, que precisa “ayuda de terceras personas” para realizar actividades cotidianas, que tiene “dificultad de concentración” y un “cuadro depresivo crónico”.

Por todo ello, solicita una indemnización en concepto de: “97 días de estancia en la UCI (...), 48 días de estancia hospitalaria (...), 90 días improductivos en domicilio con rehabilitación (...), 84 puntos por secuelas permanentes, más 20 puntos por perjuicio estético (...), factor de corrección por secuelas superiores a 90 puntos (...), daños morales a familiares (...), necesidad de terceras personas para actividades de la vida ordinaria, que cuantifica en

quinientos veinte mil cuatrocientos diecinueve euros con cincuenta y dos céntimos (520.419,52 €).

Acompaña la siguiente documentación: a) Informe pericial privado, de una especialista en Anestesia y Reanimación, de fecha 28 de mayo de 2009, en el que tras realizar la valoración de las secuelas, concluye entre otras cuestiones “que se produjo un retraso diagnóstico injustificable”, que una vez intervenido de urgencia “se objetivó una peritonitis de varios días de evolución, por dehiscencia de suturas y hemorragia”; que la “situación de shock séptico debido a la peritonitis” mantuvo al paciente “durante los siguientes 97 días en la UCI con numerosas complicaciones respiratorias, cardíacas, neurológicas y en estado crítico la mayor parte del tiempo”, y que las “secuelas actuales derivadas de la peritonitis son: colostomía permanente, eventración, aumento de la insuficiencia cardíaca de grado I a grado III, paresia de los cuatro miembros, deterioro de las funciones cerebrales superiores, trastorno depresivo reactivo y perjuicio estético importante, además de precisar de la ayuda de terceras personas para actividades básicas de la vida diaria”. b) Ecocardiograma realizado por un Cardiólogo privado, de fecha 11 de febrero de 2009.

2. Con fecha 12 de agosto de 2009, el Gerente del Hospital “X”, remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios la historia clínica del paciente y le comunica que se ha dado traslado de la reclamación a los Jefes de Servicio del Aparato Digestivo, Cirugía General y Neumología, y a la compañía de seguros.

En la historia clínica consta el informe emitido el día 16 de junio de 2008 por la médica encargada del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva, en el que se detalla que ingresa en dicho servicio el día 17 de mayo de 2008 “procedente de Reanimación Quirúrgica, por posoperatorio con riesgo elevado: reintervención urgente tras dehiscencia sutura de cirugía previa por cáncer de colón”; como antecedentes personales cita entre otras cuestiones una “cirugía cardíaca en mayo de 2005”, rectorragias en 2006 y que en mayo de 2008 se le detecta un “adenocarcinoma no estenosante de colón descendente” y un

“pequeño aneurisma de aorta abdominal”. Dentro del apartado estado actual indica que se interviene de forma programada el día 9 de mayo de 2008 “mediante cirugía laparoscópica”, encontrándose una “tumoración no visible externamente”, se le realiza una “hemicolecotomía izquierda con anastomosis termino-terminal”; señala que en el “posoperatorio inmediato, en reanimación quirúrgica, presenta hipotensión, oliguria y anemización sin objetivarse sangrado visible” siendo “politransfundido”, quedando “más o menos estable” tras la transfusión, pasando a planta el mismo día 9. Continúa el informe señalando que el posoperatorio “posterior es tórpido, presentando picos febriles, vómitos, disnea”, siendo visto por el Servicio de Neumología que lo “etiqueta de neumonía (se recomienda cambio de antibiótico (...) el día 14-5-08)”. Relata que “el paciente no va bien”, en “planta aparece importante hematoma en flanco derecho, con distensión abdominal; se realiza TC el día 16 que muestra: gran colección en zona de anastomosis”, entrando en quirófano de forma urgente para “reintervención por dehiscencia de anastomosis”, confirmándose la “dehiscencia” y una “colección en pelvis y raíz de mesenterio, con gas y sangre retenida, sobreinfectada, plastrón de asas de intestino delgado adheridas a pelvis y raíz de mesenterio”, por lo que se “drena la colección, se libera delgado y se lava la cavidad, se cierra el extremo intestinal del intestino resecaando unos 5 cm de colon isquémico, con colostomía terminal en fosa iliaca izquierda”; continúa el informe señalando que tiene “abundantes secreciones, tendencia a hipotensión (...), diuresis escasa con deterioro de función renal, febril, claro síndrome de reacción inflamatoria sistémica (SRIS) y mantenimiento de valores hematológicos”, pasando a UCI “como sepsis de foco abdominal, con shock séptico y disfunción de órganos”, donde se inicia un tratamiento con “soporte hemodinámico y ventilatorio”; tras distintas pruebas y medicación “parece estabilizarse”, pero a principios del mes de junio tiene un “rebrote de SRIS, sospecha de nueva sepsis”, por lo que se le realiza un “nuevo TC urgente el día 2-6-08” en el que se encuentra “una colección perihepática”, una posible “fibrinoideformación deficiente” y presenta “repetidamente TSH elevada”. Posteriormente, sufre “bronconeumopatía química por nutrición

enteral: colocación bronquial, inadvertida, de sonda naso-gástrica, complicada con nuevo episodio de sepsis, por lo que “precisó relajación, ventilación mecánica (...) y técnicas continuas de depuración extrarrenal”. Se produjo un “episodio de fibrilación ventricular”, ocasionales “posos de café” y “erosiones-ulceraciones gástricas por sonda”.

En el informe de alta -21 de agosto de 2008- del Servicio de Medicina Intensiva, emitido por la médica encargada del paciente, se detalla expresamente el contenido ya citado en el informe anterior al que se añade que posteriormente se le realiza “traqueotomía por necesidad de ventilación mecánica prolongada y se indentifica una “miopatía del enfermo crítico”, quedando “tetraparético tras (el) segundo episodio de sepsis”, aunque añade que “va recuperando paulatinamente movilidad”. Tras remontar el segundo episodio “de sepsis y SDRA”, presenta nuevas complicaciones: dermatitis por antibióticos, infecciones traqueobronquiales, nueva PCR, 3º episodio de sepsis, divertículo esofágico, disfunción sistólica e insuficiencia mitral moderada. Añade que transcurridos los “97 días de estancia en UCI” y superadas “las complicaciones”, se traslada al Servicio de Medicina Interna. En el apartado de la impresión diagnóstica, entre otras cuestiones, señala “peritonitis secundaria. Dehiscencia de sutura colónica de cirugía previa” y “bronconeumopatía química por nutrición enteral: Colocación bronquial, inadvertida, de sonda nasogástrica”.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General, de 23 de diciembre de 2008, consta que tras la primera intervención, el paciente, en el “posoperatorio inmediato, presenta inestabilidad hemodinámica que no responde a reposición de volumen (...) sin signos de sangrado externo, pero, que sí responde a la transfusión de hemoderivados con estabilización del paciente”, que posteriormente comienza una “febrícula-fiebre”, diagnosticando el Servicio de Neumología “una condensación segmentaria en el lóbulo inferior izquierdo compatible con neumonía nosocomial y pautan el tratamiento antibiótico oportuno”; a las 24 horas presenta “un episodio de insuficiencia cardiaca congestiva leve”, consiguiendo “estabilización (...) con digitalización (...) tras valoración por el Servicio de Medicina Interna”; añade que la oclusión

intestinal “mejora inicialmente con la colocación de sonda nasogástrica con aspiración continua”, pero que “dada la persistencia de la distensión abdominal se decide solicitar un TAC abdominal que muestra (...) una colección de gas, de morfología anfractuosa (...) así como dilatación de asas de intestino delgado y colon derecho”, por lo que se decide “laparotomía urgente”.

El informe de traslado al “Y”, emitido por el Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, de fecha de alta 29 de agosto de 2008, es coincidente con lo expuesto en los informes anteriores.

En el informe de alta del Hospital “Y”, tras su estancia del 29 de agosto al 30 de septiembre de 2008, consta en el apartado “evolución” que “durante toda su estancia ha permanecido afebril”, cerrando “traqueostoma y con alimentación progresivamente más eficaz y segura”, lo que permitió “su mejoría cognitiva hasta la normalidad actual”; añade, con relación al “programa de fisioterapia”, que hubo por parte del paciente una “gran colaboración” por lo que se obtuvo un “excelente resultado”, siendo “prácticamente autónomo en el momento actual”, por lo que debido a su “estabilidad clínica y su recuperación, se procede al alta a domicilio familiar”.

3. Mediante escrito de fecha 18 de agosto de 2009, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios los informes facilitados por el Jefe del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, por el Jefe del Servicio de Cirugía y por el Jefe de Sección del Servicio de Digestivo.

El informe del Jefe del Servicio de la UCI señala que el paciente ingresó en dicho servicio el “día 17-05-08 procedente de Reanimación Quirúrgica en el posoperatorio de una segunda cirugía, realizada con carácter urgente el día 16-05-08, por peritonitis secundaria a dehiscencia de sutura colónica de cirugía por laparoscopia programada” que tuvo lugar el “9-05-08, por carcinoma de colon, realizándose hemicolectomía izquierda con anastomosis termino-terminal”; señala que ingresó en “situación de shock séptico con disfunción multiorgánica (respiratoria, metabólica, hemodinámica y renal) siendo necesario

iniciar soporte ventilatorio" y "hemodinámica", evolucionando con "nuevos cuadros de sepsis", precisando el "2-06-08 drenaje de colección perihepática bajo control de TAC". Continúa el informe relatando que el día "10-06-08 por obstrucción del tubo endotraqueal se procedió a su recambio"; posteriormente indica que "se apreció desplazamiento", ocurrido "presuntamente durante dichas maniobras de la sonda nasogástrica de nutrición", que fue "reintroducida inadvertidamente en bronquio derecho", y aunque "se diagnosticó el error en cuestión de minutos y se tomaron las medidas oportunas", el paciente, "sobre la situación séptica de base, desarrolló bronconeumopatía aspirativa que evolucionó a distrés respiratorio", de lo que "se informó a la familia". El día 13 de julio de 2008 se le realiza "traqueostomía reglada", posteriormente se repiten los "cuadros de sepsis con fallos multiorgánicos", necesitando "técnicas de reemplazo renal continuo". Dado que se "objetivó debilidad neuromuscular", se le realizaron "estudios electromiográficos por Neurofisiología clínica el 8-06-08 (antes del episodio de broncoaspiración) y el 4-08-08" que confirmaron el diagnóstico de "polineuropatía del paciente crítico el primero y posteriormente de miopatía"; finalmente, señala que el día "21-08-08", una vez "decanulado y con respiración espontánea eficaz", se le trasladó al Servicio de Medicina Interna. Adjunta el informe de alta, del Servicio de Cuidados Intensivos, emitido por la médico responsable del paciente.

El informe del Jefe del Servicio de Cirugía General indica que toda la asistencia al paciente "fue correcta y ajustada a la buena praxis médica".

El Jefe de Sección del Servicio del Aparato Digestivo afirma en su informe que su actuación fue de "diagnóstico y estudio de extensión tumoral", y añade que no participaron "en ningún momento en todos los demás sucesos".

4. Mediante escrito notificado al perjudicado el 19 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará y los efectos del silencio administrativo.

5. Con fecha 10 de septiembre de 2009, el Gerente del Hospital "X", remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe del Servicio de Neumología y la "documentación obrante en el Servicio de Atención al Usuario".

El informe emitido por el médico encargado del paciente en el Servicio de Neumología señala que el paciente "fue visto por Neumología" el día 14 de mayo de 2008, a solicitud del Servicio de Cirugía, por "posible neumonía"; ese día, tras la realización de una serie de pruebas, se "pauta tratamiento antibiótico para su neumonía", los días 15 y 16 presenta buena evolución y mejoría clara del problema neumológico"; finalmente, se indica que el día 17 el paciente "pasó a UCI posterior a intervención quirúrgica de abdomen".

Remite a su vez la documentación relativa al envío de la historia clínica al Juzgado Contencioso-Administrativo N.º 1, de Gijón. En ella consta el Auto de fecha 13 de julio de 2009 en el que tras "la entrega por el Hospital "X" de la historia clínica" se determina que se "ha cumplido la pretensión" de la parte, por lo que interesando dicha parte la terminación del proceso, se acuerda la finalización del mismo.

6. El día 30 de septiembre de 2009, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General.

En dicho informe, de fecha 28 de septiembre de 2009, se indica que el paciente ingresa en el servicio el día 7 de mayo para "intervención quirúrgica electiva de adenocarcinoma de colon descendente", siendo intervenido el día 9 de mayo, realizándole "sigmoidectomía amplia por vía laparoscópica" para "localizar la lesión tumoral". Señala que "permanece en el Servicio de Reanimación presentando inestabilidad hemodinámica y anemia, sin signos de sangrado externo", que mejora "clínicamente tras reposición de hemoderivados y reingresando de nuevo" a planta el 11 de mayo, donde se aprecia "hematoma-equimosis en fosa iliaca derecha que se extiende al flanco y

costado derechos"; ese mismo día se "reintroduce la ingesta oral, con datos de tránsito intestinal (ruidos de peristalsis presentes y deposiciones líquidas) en los días siguientes, aunque persistiendo cierto timpanismo abdominal". El día 14 de mayo "se realiza radiografía de tórax urgente" por presentar "fiebre y secreciones respiratorias", describiéndose una "condensación segmentaria en el lóbulo inferior izquierdo" siendo "valorado e instaurado tratamiento médico por el Servicio de Neumología"; el día siguiente "presenta disnea", que es valorada por el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de "insuficiencia cardiaca congestiva leve y fibrilación auricular rápida", instaurando "tratamiento médico"; ese mismo día 15 de mayo, presenta "un abdomen distendido" tras la realización de radiografías abdominales que mostraron "una dilatación del intestino delgado con niveles hidroaéros y gas en colon", se coloca "sonda nasogástrica con aspiración" obteniendo una "mejoría abdominal", se "deja pedido un control radiológico para el día siguiente y se solicita TAC abdominal preferente". El día 16 de mayo, "dada la persistencia de la distensión abdominal, con fiebre, se realiza el TAC urgente" donde se observa "una colección con gas y nivel hidroaéreo a nivel de la anastomosis, dilatación de asas de intestino delgado, gas en pared abdominal izquierda y derrames pleurales bilaterales", por lo que se decide realizar una "laparotomía urgente" con los hallazgos "intraoperatorios de dehiscencia a nivel de la anastomosis cólica previa, con colección en pelvis y raíz de mesenterio con gas y sangre retenida sobreinfectada y plastrón de asas de intestino delgado condicionando la obstrucción intestinal"; se realiza una "liberación de las asas intestinales, drenaje de la colección y resección de unos 5 centímetros del colon proximal, con cierre del cabo distal y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda", pasando el paciente al Servicio de Reanimación y de allí a la Unidad de Cuidados Intensivos por "fallo multiorgánico".

7. Con fecha 11 de noviembre de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él detalla pormenorizadamente la asistencia prestada al

interesado, concluyendo que “no es posible afirmar que la atención médico-quirúrgica y rehabilitadora prestada (...) no se haya adecuado a la práctica médica exigible. No se ha apreciado una demora diagnóstica injustificada en la valoración del abdomen posquirúrgico tras la primera intervención, (...) por lo que no es posible afirmar que haya habido relación de causalidad entre las actuaciones médicas y la naturaleza del daño sufrido. Sin embargo, se produjo un episodio de colocación bronquial inadvertida de una sonda nasogástrica y una bronconeumopatía”, lo que supuso “una prolongación de la estancia del paciente en la UCI, y el desarrollo de complicaciones posteriores”, por lo que propone “estimar parcialmente” la reclamación, sin cuantificar el importe de la indemnización.

8. Con fecha 15 de diciembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y de todo el expediente a la correduría de seguros.

9. El día 4 de marzo de 2010, una doctora del Centro de Salud, en contestación a la petición de informe del Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, referente al “estado actual del paciente” indica que el interesado acude a su consulta “el día 26 de enero de 2010”, aportando el informe del Servicio de Medicina Interna con los diagnósticos de “neumonía lóbulo inferior izquierdo con insuficiencia cardiaca leve y adenoca. pulmón moderadamente diferenciado”; añade que “solicita prescripción de medicación pautada en el citado servicio para su patología y no acude nuevamente a consulta”; finalmente, señala que con posterioridad recibe informe del Servicio de Oncología “del que el paciente solicita información vía telefónica, en el que se aconseja tratamiento paliativo con radioterapia”.

10. Mediante Decreto de fecha 27 de julio de 2010, el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, acuerda admitir a trámite el recurso interpuesto por parte del reclamante contra la denegación presunta de la citada reclamación.

11. El día 20 de diciembre de 2010, el Gerente del Hospital "X", a solicitud del Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios, por haberlo acordado así el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, remite la siguiente documentación: a) Parte de enfermería de la Unidad de Reanimación del día 9 de mayo de 2008. b) Parte de enfermería de la Unidad de Reanimación del día 10 de mayo de 2008, donde "se especifica que pasa a planta a las 16:30 h". c) Hoja de enfermería de planta donde se recoge "que a las 16,45 horas llega de Rea. Consciente, orientado, sin dolor (...). El turno de noche especifica: N. Buena noche". d) Hoja de enfermería de planta "donde consta a las 12 h anotación de `retirada SNG...´ y hora N. Buena noche". e) Hoja de órdenes de tratamiento del día 10 de mayo.

12. Mediante escrito notificado el día 21 de enero de 2011, se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia con vista del expediente durante un plazo de quince días.

13. Con fecha 3 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de estimar parcialmente la reclamación presentada. Después de recoger pormenorizadamente los antecedentes de hecho, que en nada difieren de los referidos en los informes obrantes en el expediente, reitera la conclusión del informe técnico de evaluación, de estimar parcialmente la responsabilidad patrimonial instada, valorándola en ciento cuarenta y dos mil setecientos cuatro euros con noventa y un céntimos (142.704,91 €).

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 31 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 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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de julio de 2009, habiendo tenido lugar el alta -a domicilio familiar- del proceso objeto de reclamación el día 30 de septiembre de 2008, por lo que es claro que fue formulada 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.

No obstante, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

En todo caso, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime

procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 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.- El daño por el que se reclama lo constituye la permanencia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos, la necesidad de estar hospitalizado en varias ocasiones, la rehabilitación a la que tuvo que someterse, las secuelas físicas y psíquicas ocasionadas, los daños morales sufridos y la necesidad de terceras personas, que el interesado atribuye a “una serie de errores” posoperatorios y a “un retraso diagnóstico”, durante su estancia en el Hospital “X” como consecuencia de una intervención de adenocarcinoma de colon.

Constan en el expediente que el paciente estuvo ingresado en la UCI, las dos intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido, así como las diversas complicaciones surgidas en ambos postoperatorios, por lo que debemos considerar acreditado que ha sufrido un daño efectivo cuya evaluación más precisa realizaremos, en su caso, si concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado

tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado imputa a la Administración en su reclamación “un retraso diagnóstico” y “una inserción equivocada de la sonda de nutrición”. A su entender, tras la primera intervención por laparoscopia realizada el día 9 de mayo de 2008 por un adenocarcinoma de colon, “en el posoperatorio inmediato” -días 11 a 16 de mayo-, presentó “inestabilidad hemodinámica (...), hematomas (...), ruidos abdominales (...), distensión abdominal (...), fiebre (...), vómitos (...), deposiciones líquidas con sangre”, persistiendo el día 16 la “distensión abdominal”, a pesar de lo cual se le dejó “evolucionar durante siete días, con complicaciones sobreañadidas, sin llevar a cabo una sola prueba diagnóstica”, por lo que “se produjo un retraso diagnóstico injustificado, por la falta de utilización de recursos disponibles”, indicando que es “obvio que cuanto más precoz hubiera sido el diagnóstico, menor hubiera sido la entidad de la peritonitis y de las complicaciones posteriores”. Además, añade que tras la segunda intervención, estando en la UCI, “sufrió una bronconeumonía química causada por la inserción equivocada de la sonda de nutrición en (el) sistema respiratorio”, lo que “dio lugar a un nuevo estado de shock séptico con fracaso multiorgánico”.

Afirma que hubo “en el tratamiento graves errores o negligencias que dieron lugar a unos daños muy importantes, no solo por tener que permanecer en la UCI tan dilatado tiempo en estado de coma”, sufriendo “no solo él sino sus familiares”, y resultando unas “muy graves secuelas” físicas y con “graves consecuencias psicológicas derivadas de aquellas”.

En el informe que acompaña como fundamento a sus alegaciones, la especialista privada afirma, entre otras cuestiones, que “en las horas siguientes” a la primera intervención “el paciente sufrió una intensa hemorragia que se manifestó por inestabilidad hemodinámica y bajada intensa de las cifras de hematocrito y que requirió transfusiones repetidas”, pero que “ni en aquel momento ni a lo largo de la semana siguiente se realizaron pruebas diagnósticas para valorar la situación abdominal”, y que a pesar de los síntomas que fueron apareciendo no es hasta el “7º día posoperatorio” cuando “se realizó una radiografía, seguida de un TAC que mostraron signos de perforación

intestinal y peritonitis” y de “una dehiscencia de la sutura quirúrgica y gran cantidad de coágulos”. Señala que “entre otros comentarios se recoge que se aprecian áreas con tejido de aspecto cerebroide; este proceso requiere de varios días de evolución”, por lo que afirma que “resulta razonable suponer que la dehiscencia de sutura se produjo de forma simultánea a la hemorragia, es decir, en el posoperatorio inmediato”.

Continúa el informe señalando que “la situación de shock séptico debido a la peritonitis mantuvo al paciente durante los 97 días en la UCI, con numerosas complicaciones respiratorias, cardíacas y neurológicas y en estado crítico la mayor parte del tiempo”. Por otro lado, afirma que tras la segunda intervención “sufrió una bronconeumonía química causada por la inserción equivocada de la sonda de nutrición en sistema respiratorio”, complicación que “dio lugar a un nuevo estado de shock séptico con fracaso multiorgánico, en el transcurso del cural sufrió una parada cardíaca”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación, después de relatar pormenorizadamente la asistencia prestada, señala que “la dehiscencia o fuga de la anastomosis quirúrgica y sepsis abdominal secundaria es una de las complicaciones inmediatas a la cirugía colorrectal más temida”; añade que dicha complicación “incrementa la morbilidad y la mortandad asociada con la cirugía en los 30 días posteriores a la misma”, e indica que “suele presentarse entre los días 7º y 12º del posoperatorio”; precisa que, si bien sus manifestaciones clínicas varían, pueden iniciarse “como un dolor abdominal leve, fiebre, malestar general, diarrea y evolucionar hasta un absceso local, peritonitis generalizada y shock séptico”, pudiendo establecerse el diagnóstico “mediante estudios de imagen”, y que “en caso de peritonitis” se “reinterviene al paciente a la mayor brevedad, se reseca la anastomosis y se construye una colostomía terminal con fístula mucosa o con bolsa de Hartmann”. Respecto a la “bronconeumonía aspirativa”, señala que “es una de las complicaciones más graves de la alimentación enteral por sonda nasogástrica”, siendo “obligatoria la verificación de su localización”, si bien “el método más sencillo, para la confirmación de la correcta colocación” es “la aspiración de contenido

gastrointestinal a través de la misma, no presenta una fiabilidad absoluta, haciéndose necesario, antes de iniciar la nutrición enteral, la confirmación radiológica”, e indica que “una radiografía simple de abdomen puede ser adecuada”.

Concluye dicho informe que “no es posible afirmar que la atención medico-quirúrgica” prestada al paciente tras ser diagnosticado de un adenocarcinoma de colon “no se haya adecuado a la práctica médica exigible”, y señala que “no se ha apreciado una demora diagnóstica injustificada en la valoración del abdomen posquirúrgico tras la primera intervención, y el tratamiento médico quirúrgico pautados se ajustaron a la situación clínica del paciente”; añade que la concurrencia “de múltiples factores, como los riesgos inherentes a la propia cirugía y factores intrínsecos (patología coronaria previa, anticoagulación), podrían haber condicionado la evolución clínica”, por lo que “no es posible afirmar que haya habido relación de causalidad entre las actuaciones médicas y la naturaleza del daño sufrido”. No obstante, considera que “se produjo un episodio de colocación bronquial inadvertida de una sonda nasogástrica y una bronconeumopatía aspirativa secundaria, lo que supuso una prolongación de la estancia del paciente en UCI, y el desarrollo de complicaciones posteriores, que inevitablemente han contribuido en la producción del daño producido”. Conclusión que, hemos de señalar, hace suya la propuesta de resolución en el supuesto que nos ocupa.

Los distintos informes médicos obrantes en el expediente acreditan que efectivamente, como indica el interesado, el paciente no evolucionó bien tras la primera intervención, pero, a pesar de que sus manifestaciones respecto a que “se le dejó evolucionar durante siete días (...) sin llevar a cabo una sola prueba diagnóstica”, son contradictorias con el propio relato que él mismo hace de los hechos, así como con lo relatado por la especialista privada, todos los informes citados constatan que en el primer postoperatorio del día 10 al 16 de mayo de 2008, una vez efectuadas las pruebas de hematología, se le realizan transfusiones que lo estabilizan; que, cuando comienza a aparecer fiebre, es valorado por el Servicio de Neumología y de Medicina interna, se realiza una

radiografía de tórax y se pauta tratamiento con antibiótico; que, cuando presenta un episodio de insuficiencia cardiaca, se reevalúa por el Servicio de Neumología, se le realiza una radiografía abdominal y se consigue su estabilización con digitalización, tras ser valorado por el Servicio de Medicina Interna; al presentar un cuadro de oclusión intestinal, se le coloca una sonda nasogástrica, que le hace mejorar inicialmente, y dado que persiste la distensión abdominal se le realiza un TAC el día 16 de mayo.

Por otro lado, hemos de señalar que en los consentimientos informados firmados por el paciente los días 1 de abril y 16 de mayo de 2008, referentes a las citadas intervenciones, en el apartado relativo a los riesgos específicos consta expresamente “la dehiscencia de laparatomía”, y se indica que “estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico”, pero que pueden llegar “a requerir una reintervención, generalmente de urgencia”, pudiendo “producirse la muerte”.

En relación a la segunda imputación del interesado -el error posoperatorio-, el informe del Jefe del Servicio de la UCI señala que “el 10-06-08, por obstrucción del tubo endotraqueal, se procedió a su recambio. Posteriormente se apreció desplazamiento, ocurrido presuntamente durante dichas maniobras de la sonda nasogástrica de nutrición enteral, que fue reintroducida inadvertidamente en bronquio (derecho) y aunque se diagnosticó el error en cuestión de minutos, y se tomaron las medidas oportunas, el paciente, sobre la situación séptica de base, desarrolló bronconeumopatía aspirativa que evolucionó a distrés respiratorio”. En la hoja del curso clínico correspondiente a dicho día consta, a las “12:30 h: recambio TET, obstruido”, y a partir de las 20 horas se refleja “Rx tórax (...) no se visualiza sonda”; en dicho curso clínico, el día siguiente se especifica: “problemas en el día de ayer. Broncoaspiración (...) a mala recolocación de SNG, que se movió tras el cambio de TET (obstruido) y al recolocar, sin comprobación radiográfica ulterior, acabó colocada en bronquio derecho”.

En consecuencia, a la vista de estos hechos, compartimos con la propuesta de resolución sometida a nuestra consideración que el paciente fue

tratado, en el primer período posoperatorio, de forma adecuada, no resultando acreditada la existencia de un retraso diagnóstico, de manera que la realización de la segunda intervención quirúrgica no puede imputarse, como pretende el reclamante, a un defectuoso funcionamiento del servicio público de salud, sino al hecho de manifestarse uno de los riesgos graves -del que era conocedor-, que conlleva la intervención a la que debió de someterse inicialmente, debido a su patología de base y al hecho de ser un paciente de riesgo. No obstante, con relación al segundo posoperatorio resulta acreditado que no solo hubo una anomalía en la colocación de la sonda nasogástrica, sino que, además, no se comprobó por vía radiológica, como era obligado, su localización, lo que conllevó la desestabilización del interesado. Por ello, dado que no se actuó con la diligencia exigible, consideramos que una parte del daño sufrido por el paciente guarda relación de causalidad con la actuación de los servicios públicos sanitarios.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y parte del daño ocasionado al interesado como consecuencia de no haber detectado la anormal colocación de la sonda nasogástrica, procede valorar la indemnización adecuada.

En el escrito de reclamación solicita el interesado una indemnización que cuantifica en quinientos veinte mil cuatrocientos diecinueve euros con cincuenta y dos céntimos (520.419,52 €), en concepto de: a) 97 días de hospitalización en la UCI, 24.250 €. b) 48 días de hospitalización en planta, 4.800 €. c) 90 días improductivos, de baja domiciliaria, 5.400 €. d) 84 puntos por secuelas permanentes, mas 20 puntos por perjuicio estético "hace un total de 104 puntos por secuelas", 163.969,52 €. e) Factor de corrección "por secuelas superiores a 90 puntos", 85.000 €. f) Daños morales "a familiares" -esposa-, 65.000 €. g) Necesidad de terceras personas para actividades de la vida ordinaria, 172.000 €. €).

Acompaña informe efectuado por una especialista en valoración del daño corporal, que realiza el siguiente desglose: 104 puntos por secuelas

correspondientes a 50 puntos por colostomía permanente; 20 puntos por eventración; 20 puntos por insuficiencia cardíaca; 30 puntos por paresia de los cuatro miembros; 15 puntos por deterioro leve de las funciones cerebrales superiores; 10 puntos por trastorno depresivo reactivo, y 20 puntos por perjuicio estético importante; 145 días de hospitalización; 90 días de baja domiciliaria; daños morales complementarios; daños morales de familiares, y necesidad de terceras personas para numerosas actividades de la vida diaria.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acoge en la propuesta de resolución la existencia de daños indemnizables por secuelas, por perjuicio estético, por días de incapacidad y por factor de corrección.

Por lo que se refiere a las secuelas, las desglosa del siguiente modo: colostomía, 40 puntos; por agravamiento de insuficiencia cardíaca, 10 puntos; por tetraparesia leve, 45 puntos; por trastorno depresivo, 7 puntos; total, 74 puntos, a los que correspondería una indemnización de 99.745,34 €, y por perjuicio estético, 20 puntos, con una indemnización de 15.155 €.

En cuanto a los días de incapacidad, entiende que han de indemnizársele los siguientes: 145 días de hospitalización, lo que supone una indemnización de 9.857,10 €, y 90 días impeditivos, 4.974,30 €.

El total de las secuelas y de la incapacidad temporal -129.731,74 €- "se incrementaría en un 10% por el factor de corrección por ingresos anuales", por lo que propone una indemnización total de ciento cuarenta y dos mil setecientos cuatro euros, con noventa y un céntimos (142.704,91 €).

Con carácter general, como hemos manifestado en ocasiones anteriores, consideramos apropiado aplicar, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos, el baremo establecido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en las cuantías actualizadas para el año 2011 por la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 20 de enero de 2011. No obstante, tal baremo ha de servir como criterio orientativo, máxime en un supuesto como el que es objeto de

dictamen, en el que los daños alegados no pueden entenderse imputables en su integridad al funcionamiento del servicio público sanitario. A ello debe añadirse que algunos de ellos ni siquiera han resultado acreditados por el reclamante. Así sucede con el apartado relativo a la “necesidad (de) terceras personas para actividades (de la) vida ordinaria”, para el que no se aporta dato ni documento alguno que permita tener por cierto el coste de dicha ayuda personal. Tampoco consta que el particular esté legitimado para solicitar una responsabilidad por daños morales en nombre de su esposa.

Disiente este Consejo del parecer expresado en la propuesta de resolución respecto al reconocimiento de una indemnización por la secuela de “colostomía”, puesto que la misma se produjo tras la segunda intervención, tal y como señala el informe del Servicio de Cirugía General, y corrobora el informe de la especialista privada al afirmar que “debido a la dehiscencia y a la peritonitis (...) fue preciso extirpar una porción necrosada de colon y abocarlo a piel por medio de una colostomía permanente”. Si ello es así, no puede ser objeto de indemnización, pues hemos concluido anteriormente que ninguna de las dos intervenciones quirúrgicas guardan relación de causalidad con el daño ocasionado al paciente. Por igual motivo no puede ser indemnizable la secuela solicitada en concepto de “eventración”, dado que incluso la especialista privada asocia la misma a “la cicatriz de laparotomía”.

Por otro lado, sorprende que habiéndose solicitado una indemnización por “factor de corrección por secuelas superiores a 90 puntos”, la propuesta de resolución no se pronuncie sobre este concepto y, sin embargo, la citada propuesta contemple incrementar “en un 10% por el factor de corrección por ingresos anuales” que no ha sido solicitado por el interesado -jubilado-, por lo que discrepamos del criterio de la propuesta en este concepto, al igual que cuando reconoce “90 días impeditivos” y aceptada la existencia de un “perjuicio estético” que el interesado no concreta ni siquiera en qué consiste.

En definitiva, valorando todas las circunstancias concurrentes en el presente supuesto y la incidencia -en todo caso parcial- que la mencionada infracción de la *lex artis* pudo tener en el estado final del reclamante,

consideramos procedente reconocer una indemnización por los conceptos y cuantías que seguidamente detallamos.

Por la secuela de agravamiento de insuficiencia cardiaca, 10 puntos, valorando que, si bien tras la colocación de la sonda de nutrición presentó el paciente, según consta en el informe técnico de evaluación, “una parada cardiaca” que “se repitió en otra ocasión”, de manera que “la función cardiaca se deterioró alcanzando una fracción de eyección del 30-35%”, no hemos de olvidar que en los informes del Servicio de Medicina Intensiva se refleja que cuando ingresa en dicho servicio es un “paciente de alto riesgo (cardiopatía coronaria)”; así, también en los antecedentes personales que se reflejan en el informe del alta en el Hospital “Y” se indica que tuvo “insuficiencia cardiaca en noviembre de 2004”, y que se le realizó “cirugía cardiaca en mayo de 2005”, consistente en una “pericardiectomía (...) e injerto aorto-coronario”.

Por la secuela de tetraparesia leve, 45 puntos, que comprenden los 30 puntos solicitados por el interesado por “paresia” y los 15 por “deterioro leve funciones cerebrales”, dado que en días posteriores al 21 de junio -como se afirma en el informe técnico de evaluación-, si bien el paciente “quedó tetraparético” fue “recuperando paulatinamente la movilidad”.

Por la secuela de trastorno depresivo, 7 puntos, dado que consta en el expediente que se le ha pautado al interesado un tratamiento con antidepresivos.

En lo que respecta a los días de hospitalización, no consideramos acertada la propuesta de resolución cuando reconoce “145 días de hospitalización”, pues resultan acreditados 113 días hospitalarios de prolongación de la estancia en los centros sanitarios citados, tras la colocación incorrecta de la sonda nasogástrica -10 de junio de 2008-, por lo que, aunque no todos se correspondan estrictamente con la específica complicación desarrollada tras aquella colocación, han de computarse como tales los que median entre dicho día y el alta hospitalaria en “Y”, el 30 de septiembre de dicho año.

En definitiva, consideramos procedente una indemnización en concepto de secuelas por importe de ciento catorce mil ciento cuarenta y cinco euros (114.145 €), a la que habrá de añadirse una indemnización por días de hospitalización por importe de siete mil seiscientos ochenta y cinco euros (7.685 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de ciento veintiún mil ochocientos treinta euros (121.830 €)."

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.