

Expediente Núm. 13/2011
Dictamen Núm. 255/2011

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 julio 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 5 de enero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que imputa a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 17 de mayo de 2010, un letrado, en nombre y representación de la perjudicada, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que el día 21 de febrero de 2008 la perjudicada, al sentirse indispuesta, solicita cita con su médico de Atención Primaria, que la

atiende "al día siguiente" y le diagnostica "gastroenteritis", dándole la baja y pautándole (...) "Fortasec" y una dieta astringente". Al cabo de una semana, "los síntomas (...) iban en aumento, por lo que (...) confirmó la baja laboral por otra semana más./ Transcurrida esta semana su estado de salud cada vez estaba más deteriorado. Había sufrido una importante pérdida de peso y los síntomas se habían agravado, razón por la que telefoneó a su médico de cabecera para interesar atención domiciliaria y un volante de ingreso hospitalario, a lo que el facultativo respondió, en la visita girada, que "estaría mejor en su casa que en ningún sitio", que no merecía la pena ingresar y que siguiera con la dieta".

Señala que el día 13 de marzo de 2008, "muy debilitada y enferma", acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X", "donde le realizaron un análisis, diversas pruebas y una radiografía que tuvieron que repetir porque "había algo en el colon que no se veía muy bien", solicitando los médicos que la atendieron consulta al Servicio de Cirugía, cuyos facultativos estimaron necesario "realizar un escáner", si bien advirtieron que no sería posible hasta el lunes siguiente (era miércoles) y que, mientras tanto, "nada le vamos a hacer, tan solo darle un Fortasec y, si persiste la diarrea, otro a las tres horas", por lo que la reclamante decide volver a su domicilio.

Expone que gracias a las "gestiones" de un familiar, "médico de profesión", le hacen un escáner el sábado, 15 de marzo, en el que se aprecia "una perforación múltiple de colon con infección fecaloidea generalizada, lo que hizo necesario que fuera operada (...) de urgencia" ese mismo día, produciéndose los "siguientes hallazgos quirúrgicos:/ A la apertura salida de aire de cavidad abdominal./ Peritonitis fecaloidea generalizada./ Múltiples perforaciones en colon (ciego, ascendente, transverso y colon descendente)./ Estómago, intestino delgado y sigmoides distal normales", de acuerdo con el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Cirugía General y el Jefe de la Sección de Coloproctología. La intervención consistió en "colectomía subtotal (...). Ileostomía en fosa ilíaca derecha. Lavados de cavidad abdominal y drenaje abdominal". En el informe de alta, de fecha 27 de mayo de 2008, se hace

constar que en el posoperatorio presentó “fallo hemodinámico./ Fallo metabólico con intolerancia a glucosa por lo que precisa insulina, posteriormente se normaliza la situación./ Fallo hematológico con plaquetopenia y alteraciones de coagulación”, precisando “intubación con ventilación mecánica y drogas vasoactivas” y “dos transfusiones de concentrados de hematíes y cuatro de plasma fresco”.

Especifica, además, las complicaciones que la perjudicada sufrió durante su ingreso en el Hospital “X”, tales como “plaquetomía progresiva y tendencia a la anemización (...). Desde el punto de vista infeccioso se aíslan *Cándida albicans*, *Marsa* y *Klebsiella pneumoniae*, en exudado traqueal. *Enterobacter*, *Cándida* en serosa de herida quirúrgica. Lesiones herpéticas en zona bucofaríngea y esofagia (...). Atelactasias y derrames pleurales (...). Estridor faríngeo (...), inmovilidad de cuerda vocal izquierda y granuloma, precisando el día 27 de marzo la realización de una traqueotomía y microcirugía del granuloma (...). Colitis inespecífica con afectación discontinua y úlceras profundas, sin poder descartar una enfermedad inflamatoria intestinal (...). Se realizó una gastroscopia, donde se observó una esofagitis infecciosa y pólipos en el estómago (...). Herida quirúrgica infectada con salida de contenido sucio” y “síndrome ansioso-depresivo”, a pesar de lo cual “el doctor (...), en su informe de alta hospitalaria (...), estableció como único diagnóstico megacolon perforado”.

Indica que a consecuencia “de todo lo anterior”, el 23 de marzo de 2009 ingresa en “la Unidad de Clínica Patológica Digestiva del Hospital “Y”, para valorar la reconstrucción del tránsito intestinal (...). Se le intervino quirúrgicamente el día 24 (...), practicándosele una colecistectomía, liberación completa de asas intestinales (...). Reconstrucción de tránsito intestinal. Eventrorafia FID”. Añade que “en las primeras 24 horas presenta signos de hemorragia intraabdominal no exteriorizada por drenaje (...), que se confirma mediante TAC (...). La tolerancia alimenticia es precaria, objetivando stop de contraste en tránsito intestinal (...), por lo que se decidió laparotomía el día 9 de abril de 2009. Obstrucción intestinal por torsión de asa adherida a nivel pélvico.

Se realizó liberación completa de asas intestinales con pequeña lesión de asa distal que se sutura". Recibe el alta laboral el 27 de julio de 2009 y el informe de alta "definitiva" del Hospital "Y", el 19 de marzo de 2010.

Considera el representante de la interesada que esta recibió un "muy deficiente tratamiento (...), primero por el médico de Atención Primaria y, luego, (...) en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X"; que el megacolon tóxico, según el informe pericial que dice adjuntar, puede desencadenarse en "algunos casos (...) por el uso excesivo de (...) fármacos anticolinérgicos" y recuerda que "se le administró `Fortasec´ durante varios días seguidos" y que si el día en que acudió al hospital, ante la imposibilidad de "no poderse hacer el TAC (...), se hubiera realizado una laparotomía exploradora (...) se hubieran evitado las perforaciones y todo tipo de intervenciones y situaciones patológicas que aparecieron después, incluso con peligro para la vida de la paciente".

No cuantifica el importe de la indemnización que solicita.

Propone como medios de prueba para "acreditar los hechos (...) la testifical pericial de los facultativos intervinientes (...) y de quien suscribe el informe" pericial que se dice aportar, así como "documental que se acompaña (...), acotándose a tal fin con cuantos archivos fuera preciso".

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Poder para pleitos, otorgado a favor del representante de la interesada. b) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X", de fecha 13 de marzo de 2008. c) Informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y el Jefe de la Sección de Coloproctología, de 15 de mayo de 2008. d) Informe de alta del Servicio de Cirugía General, de 27 de mayo de 2008. e) Informe del Servicio de Neumología de 14 de mayo de 2008. f) Informe del Servicio de Foniatría del Hospital "Z", de fecha 2 de septiembre de 2008. g) Hojas de información al alta, de enfermería, del Hospital "X", de 27 de mayo de 2008. h) Informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 16 de junio de 2008. i) Informe de alta de la Unidad Clínica de Patología Digestiva del Hospital "Y", de fecha 5 de octubre de 2009. j) Informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo de este último hospital, de 19 de marzo de 2010.

2. Con fecha 4 de junio de 2010, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada obrante en un centro de salud de Oviedo, así como el informe emitido por el Médico de Familia que la atendió.

3. El día 8 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo la requiere para que en el plazo “de diez días, a contar desde el día siguiente al del recibo de esta notificación”, proceda a la “cuantificación económica del daño o, en su defecto, indicar las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo anteriormente señalado, se le tendrá por desistida de su petición”.

4. Con fecha 8 de junio de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital “X” copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de los Servicios de Cirugía General y de Digestivo.

En idéntica fecha, solicita al Gerente del Hospital “Y” copia de la historia clínica de la perjudicada.

5. El día 11 de junio de 2010, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que solicita la ampliación del plazo para cuantificar el importe de la indemnización.

Mediante escrito notificado a la interesada el 30 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica al reclamante que no existe inconveniente para ampliar dicho plazo, “que en todo caso deberán cumplimentar antes del trámite de audiencia”.

6. Con fecha 14 de junio de 2010, el Gerente del Hospital "Y" traslada al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la interesada.

7. El día 16 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la reclamante.

8. Con fecha 2 de julio de 2010, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de los informes elaborados por los Servicios de Cirugía General y de Digestivo.

En el emitido por el Jefe del Servicio de Cirugía General, de fecha 30 de junio de 2010, se refiere que "el 28 de julio de 2008 la paciente es vista en consultas externas (revisión)", se le pide una "analítica general (y) consulta a Digestivo (...) para valoración (...) antes de decidir reconstrucción de tránsito (...). El 10 de septiembre de 2008 fue vista en consulta de Digestivo con la intención de filiar en lo posible la enfermedad digestiva ya que la A. Patológica había dado colitis indeterminada. Se le pide analítica y endoscopia digestiva por ileostomía y por ano-recto. Endoscopia: recto microscópicamente sano. Ileón: hiperplasia folicular linfoide. Aunque la paciente tiene una cita (...) para Digestivo el 3 de noviembre de 2008 en la historia clínica no figura ninguna anotación hasta (el) día de hoy".

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Digestivo, de fecha 23 de junio de 2010, se refiere que "esta paciente nunca estuvo a cargo del Servicio de Digestivo, sino que siempre fue atendida por el Servicio de Cirugía, como se pone de manifiesto en sus diversos ingresos (...). En uno de ellos se nos cursó una interconsulta después de la intervención de colectomía realizada el 28 de marzo de 2008, para valoración de realización de una rectosigmoidoscopia, que no se consideró procedente por estar recién operada, quedando pendiente de nuevos estudios cuando la paciente se encontrase recuperada, pero no se

llevaron a cabo porque no volvimos a recibir nueva petición de interconsulta desde entonces”.

9. El día 16 de julio de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita información complementaria al Médico de Familia del centro de salud.

10. Con esa misma fecha, el facultativo del centro de salud remite al Servicio instructor un informe en el que refiere que “a mi consulta vino el 25-febrero-2008 su marido (...) para solicitar la baja laboral de su mujer, puesto que llevaba unos días con gastroenteritis y una familiar médico le había prescrito Zitromax y le había pedido un coprocultivo. Se le da la baja con fecha del 21 (...). Volvió el día 3-marzo-2008 para el parte de confirmación de la baja y comenta que sigue con la sintomatología y ha empezado a tomar Tiorfán además del antibiótico. Le hablo de que lo más importante en estos casos es la dieta, cosa que no hace, y que debería estar 24 horas únicamente con dieta líquida./ El día 7-marzo-2010 (*sic*) voy a verla a domicilio (...), dice encontrarse prácticamente igual, no está deshidratada y continúa tomando Tiorfán como antidiarreico, tensión arterial 100/60, están pendientes del resultado del coprocultivo (...). Mantengo en observación e insisto en que lo más importante es la dieta y líquidos abundantes. No hago volante de ingreso porque creo que está estable./ El día 10-marzo vuelven a por parte de confirmación y no sé más hasta el día 14 en que me dicen que como no mejoraba subieron a Urgencias (...) el día 12 y la mandaron para casa pendiente de volver a hacer estudios el día 17 a Digestivo (...). El día 17 llama el marido para decirme que está ingresada (...) tras intervención por perforación intestinal, continuando de baja laboral”.

11. Con fecha 21 de julio de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “de la revisión pormenorizada de la historia clínica y demás documentos obrantes en el expediente se desprende que

“la actuación de cuantos profesionales del servicio sanitario sanitario intervinieron en la atención a la reclamante fue (...) correcta y adecuada./ Respecto a la actuación del médico de Atención Primaria cabe decir que la diarrea que padecía la reclamante parecía responder a una colitis no infecciosa, cuya evolución natural pudo verse alterada o enmascarada por la ingesta de antibióticos y fármacos antidiarreicos prescritos por un familiar médico, quien (...) también había solicitado un coprocultivo. Mediante la oportuna anamnesis y exploración física, el facultativo de cabecera constató que la paciente mostraba un buen estado general y no encontró signos o síntomas de alarma, por lo que en ausencia del resultado del coprocultivo, se limitó a prescribir como únicas medidas dieta y rehidratación”. Admite que es cierto “lo que dice el perito de parte a propósito del megacolon tóxico cuando señala que puede desencadenarse por el uso excesivo de fármacos anticolinérgicos, citando a este respecto que a la reclamante se le administró Fortasec -realmente no fue Fortasec sino Tiorfán- durante varios días seguidos”, aunque omite que “tal fármaco fue prescrito por un familiar médico y no por el Médico de familia”. Este refiere “no haber dado volante para (el) ingreso cuando valoró personalmente a la enferma porque en ese momento su estado era estable. Por tanto, ningún reproche se puede hacer” a su actuación, “cuya conducta considero que fue correcta y conforme a la lex artis”.

Respecto a “la actuación de los facultativos” del Hospital “X” “que cinco días después valoraron a la reclamante en Urgencias fue igualmente correcta, pues con los datos exploratorios y los estudios complementarios realizados concluyeron que en ese momento no presentaba patología quirúrgica urgente. Lo indicado era, pues, proseguir los estudios, en concreto un TAC abdominal, que se solicitó a ritmo normal”, ofreciéndosele en ese instante “dos posibilidades: quedar ingresada o volver a consulta dos días después (...). Optó por no ingresar y, al decir que era familiar del Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico, se le dio el volante de petición del TAC para que ella misma lo gestionara personalmente./ Cuando 48 horas después la reclamante vuelve al hospital, los hallazgos del TAC abdominal sugerían una perforación de víscera

hueca y la exploración indicaba ya la presencia de un abdomen quirúrgico por posible megacolon tóxico, por lo que los cirujanos optaron por llevar a cabo la única alternativa terapéutica posible e indicada en ese momento: una colectomía subtotal de urgencia con ileostomía en la fosa iliaca derecha. A partir de ese momento la paciente entró en situación de shock séptico con fallo multiorgánico, que se consiguió remontar tras una larga estancia en la Unidad de Reanimación no exenta de diversas complicaciones, merced al buen hacer y a la coordinada actuación de una pluralidad de servicios hospitalarios. En definitiva, la actuación de cuantos profesionales" del Hospital "X" intervinieron en la atención de la reclamante fue también correcta y ajustada a las reglas definitorias de la lex artis".

Finalmente, manifiesta que afirmar como hace el perito de parte que "si el día 13 de mayo de 2008 se hubiera realizado una laparotomía exploradora se hubieran evitado las perforaciones y todo tipo de intervenciones y situaciones patológicas que aparecieron después, incluso con peligro par la vida de la paciente", es una mera "especulación carente de base científica y que no se corresponde con la realidad. Por el contrario, en ausencia de perforación de víscera hueca, como la clínica y los exámenes complementarios efectuados ponían de manifiesto, una laparotomía exploradora no estaría indicada, pues los riesgos que conlleva son mayores que los derivados de una actitud expectante para completar los estudios, como la adoptada por los profesionales que la atendieron".

12. Mediante escritos de 26 de julio de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

13. Con fecha 24 de septiembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cinco especialistas cuatro de ellos en Cirugía General y Digestiva y uno en Cirugía General. En él concluyen que "el 25-2-08 el esposo de (la perjudicada) acude al centro de salud (...) para

solicitar la baja laboral para su esposa, que desde hace varios días presentaba una gastroenteritis aguda tratada por un familiar médico (hermana), la cual solicitó un coprocultivo e instauró antibioterapia (...). Esta visita se repite el 3-3-08, con comentarios sobre el estado de la paciente, pero sin solicitar la visita del médico (...) hasta el 7-3-08 (...). El 7-3-08 el Médico de Familia acude al domicilio de (la perjudicada), que continuaba con el mismo cuadro. Se encontraba afebril, correctamente hidratada y con T.A. normal. No solicitó ingreso porque, en su opinión, la enferma se encontraba estable (...). El 13-3-08 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" (...), refiere diarrea de 21 días de evolución, sin sangre ni moco. La exploración demuestra un abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en flanco izquierdo, peristalsis aumentada. No hay signos de peritonismo (...). Se solicitan pruebas complementarias de analítica (Hb, Hto. con cifras disminuidas. No leucocitosis. No hiperglucemia. Proteína C aumentada) y radiología sin signos de obstrucción o perforación. No neumoperitoneo (...). Ante la ausencia de signos de cuadro abdominal agudo de urgencia se explica a los familiares que debe ser estudiada y realizar un TAC. Se ofrece la posibilidad de ingresar en observación o regresar a su domicilio y acudir el lunes 17 a consulta. La familia opta por esta segunda alternativa. Se les indicó que si el dolor o los síntomas empeorasen acudieran al Servicio de Urgencias (...). No presentaba signos de cuadro abdominal agudo que justificasen una laparotomía exploradora de urgencia y la existencia de una diarrea de 21 días de evolución, debía ser estudiada adecuadamente para establecer su etiología (...). El 15-3-08 la paciente acude al Servicio de Radiología, donde se realiza un TAC abdominal cuyos hallazgos (neumoperitoneo, engrosamiento de íleon y colon, con líquido libre en la cavidad abdominal) sugería perforación de víscera hueca (...). En la intervención quirúrgica de urgencia, el 15-3-08, se evidenció apertura de la cavidad abdominal con salida de aire, peritonitis fecaloidea generalizada por perforaciones múltiples en colon (...). Se realiza colectomía subtotal (...). Ileostomía en FI dcha. El diagnóstico anatomopatológico es `colitis inespecífica con afectación discontinua y úlceras profundas sin poder descartar enfermedad

inflamatoria intestinal (...). En un segundo tiempo se procedió a la reconstrucción del tránsito intestinal, el 23-3-09, en el Servicio de Chirugía General del Hospital "Y" (...). Tanto en la 1ª intervención como en esta última sufrió complicaciones posoperatorias, descritas en la literatura e inherentes a la técnica quirúrgica en esta clase de patologías y que se trataron en tiempo y forma correctos (...). Los pacientes con perforación de colon por megacolon tóxico presentan más de 2 complicaciones posoperatorias en el 57% de los casos y la mortalidad es más elevada en aquellos pacientes de mayor edad con clínica de diarrea al ingreso, pudiendo alcanzar a un 40% de los enfermos (...). Todos los profesionales han actuado según los conocimientos actuales de la medicina y de acuerdo a la *lex artis*".

14. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 14 de octubre de 2010, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 15 de octubre de 2010, la interesada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que solicita una copia del expediente.

15. El día 28 de octubre de 2010, se remite a la perjudicada la documentación requerida, integrada en ese momento por trescientos sesenta (360) folios.

16. Con fecha 16 de noviembre de 2010, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su reclamación inicial y manifiesta que no es cierto que "estuviera tomando `Tiorfan´ desde el 3 de marzo, pues tal medicamento (...) le fue pautado" por su médico de Atención Primaria, "entregándose la receta en la farmacia el día 11".

Cuantifica la indemnización que solicitan en ciento sesenta y ocho mil trescientos ochenta y cinco euros con sesenta y ocho céntimos (168.385,68 €).

Propone pruebas documental, consistente en incorporar al expediente “las copias de los partes de inicio de baja y todos los siguientes de confirmación de esta, remitidos en su día a la Inspección Médica (INSS) y al Sespa, previo requerimiento a tales organismos, y ello a los efectos de comprobar lo allí constatado por el médico firmante de los mismos” requerir “a quien corresponda (...) para que aporte al expediente las recetas en su día extendidas a la reclamante de los medicamentos prescritos en los primeros días de la enfermedad (...) para comprobar su contenido y fecha de adquisición (...), y que “se incorporen al expediente los documentos (...) que ahora se aportan” y pericial del autor del informe de valoración del daño que acompaña.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe de la médico familiar de la perjudicada. b) Informe médico pericial, de fecha 27 de octubre de 2010. c) Nómina de la misma tomada en cuenta para el cálculo del factor de corrección. d) Fotografía en la que parecen mostrarse las lesiones estéticas que padece la perjudicada.

17. El día 26 de noviembre de 2010, se notifica a la reclamante la admisión de las pruebas propuestas.

18. Con fecha 7 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “la actuación de los profesionales del servicio público sanitario que intervinieron en el proceso asistencial de (la perjudicada) fue correcta y ajustada a la lex artis”.

19. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de enero de 2011, registrado de entrada el día 13 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.

Posteriormente, mediante escritos registrados de entrada los días 3 y 15 de febrero de 2011, se remite documentación adicional correspondiente a la última recaída de la paciente -incapacidad temporal del 1 de diciembre de 2010 al 24 de enero de 2011- a efectos indemnizatorios.

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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 17 de mayo de 2010, habiendo tenido lugar el alta del proceso objeto de reclamación el día 19 de marzo de 2010 -con un nuevo ingreso hospitalario el 1 de diciembre de 2010-, 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.

Sin embargo, se aprecia 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.

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.- La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del “muy deficiente tratamiento recibido” por parte del médico de Atención Primaria” y, posteriormente, por el “inadecuado tratamiento dispensado en el Servicio de Urgencias” del Hospital “X”, lo que conllevó una serie de “perforaciones” que requirieron “todo tipo de intervenciones”.

Los daños iniciales por los que reclama la perjudicada son de orden “físico” y “moral”; no obstante, con posterioridad realiza una evaluación económica basada en los “días de hospitalización”, “días improductivos” y “no improductivos”, “perjuicio anatómico-funcional”, “perjuicio estético” y “factor de corrección” sobre los ingresos netos.

Por lo que a la efectividad del daño alegado se refiere, las intervenciones quirúrgicas, las estancias hospitalarias y las secuelas se encuentran acreditadas en el expediente, por lo que debemos considerar que la perjudicada ha probado la existencia de 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 efectivo, individualizado y evaluable económicamente, 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 la perjudicada 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con

la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Con relación a la primera de las imputaciones, referente al inadecuado tratamiento por parte del médico de Atención Primaria, el representante de la perjudicada manifiesta en su escrito inicial que el día 21 de febrero de 2008 comenzó a sentirse indispuesta, “por lo que solicitó cita a su médico de Atención Primaria (...), que la atendió al día siguiente y le diagnosticó gastroenteritis, con la consiguiente baja laboral” pautándole “`Fortasec´ y una dieta astringente”; por el contrario, en el escrito de alegaciones afirma que una “familiar médico” fue a visitarla “el día 22 por la tarde”, recetándole “un antibiótico (Zitromax) para tres días”, y que “el lunes 25”, al encontrarse peor, “permaneció en cama y fue su esposo el que acudió a la consulta” del médico de Atención Primaria para “decirle cómo estaba y a recoger la baja laboral, que le dieron con efectos desde el día 21”. Añade que “el día 26 (...) acudió a visitarla su familiar médico para tomar la muestra para el coprocultivo y sabiendo que estaba ya atendida por el médico de cabecera, no le recetó medicamento alguno”. Al margen de lo anterior, existen más contradicciones en su relato de la asistencia domiciliaria del médico de Atención Primaria; así, en el escrito de reclamación indica que transcurridas dos semanas y dado el deterioro que presentaba “telefoneó a su médico de cabecera para interesar atención domiciliaria”, mientras que en el escrito de alegaciones reprocha al médico de Atención Primaria que tardase “quince días” en “visitarla en su domicilio”.

De la historia clínica y de los informes emitidos por el médico de cabecera consideramos acreditado que la paciente fue tratada inicialmente por un familiar médico, que le pautó el antibiótico Zitromax durante varios días -como reconoce la propia perjudicada-, y que posteriormente le recetó un antidiarreico -Tiorfán- y estimó necesaria la realización de un coprocultivo, todo ello con independencia de que su marido se pusiera en contacto con el médico de Atención Primaria los días 25 de febrero y 3 y 5 de marzo de 2008 a efectos de tramitar la baja laboral y las confirmaciones de la misma. El médico de cabecera, en su informe de 31 de mayo de 2010, señala que el día 3 de marzo le

mencionó al marido de la perjudicada que lo importante era “la dieta y la hidratación” y que “los antibióticos no suelen darse a no ser que se complique el cuadro porque pueden enmascarar otro proceso”. No obstante, y a pesar de lo expuesto, tardan en requerir atención domiciliaria, que se lleva a cabo el día 7 de marzo, siendo evidente que hasta ese día, y en contra de lo manifestado por ella, la paciente es tratada por su familiar médico. El 7 de marzo, el médico de cabecera le pauta, por primera vez, la misma medicación que ya venía tomando -Tiorfan-, pues se la había prescrito con anterioridad una hermana médica. El informe técnico de evaluación sostiene, al igual que el médico de Atención Primaria, que la evolución natural de lo que se consideraba una colitis no infecciosa “pudo verse alterada o enmascarada por la ingesta de antibióticos y fármacos antidiarreicos prescritos por un familiar médico”, el cual “también había solicitado un coprocultivo”.

En definitiva, resulta acreditado que desde el comienzo de la gastroenteritis, el día 21 de febrero de 2008, hasta el día 7 de marzo siguiente no se requirió asistencia domiciliaria del médico de Atención Primaria y la paciente fue tratada por un familiar médico, que le prescribió antibióticos y antidiarreicos. Considerando el médico de cabecera en aquella fecha que la reclamante se encontraba estable, dado que no estaba deshidratada y que no tenía fiebre, no estimó necesario su ingreso, lo que en cierto modo reconoce la propia interesada como correcto, pues en su escrito de alegaciones, después de relatar lo que conceptúa como una deficiente atención del médico de cabecera, afirma que “el problema se ha de centrar en la atención médica recibida en la primera visita a Urgencias”. Por ello, entendemos, al igual que hace el informe técnico de evaluación, que “ningún reproche se puede hacer a la actuación” del médico de cabecera, “cuya conducta (...) fue correcta y conforme a la *lex artis*”.

Con relación a la segunda de las imputaciones, “inadecuado tratamiento dispensado en el Servicio de Urgencias”, la perjudicada transcribe en su escrito un informe pericial en el que se afirma que “en un principio la actuación fue correcta, se efectuó una anamnesis amplia y detallada, una exploración, hemograma, bioquímica, estudio radiográfico de tórax y abdomen (...). Donde la

actuación ya deja de ser correcta” es cuando con “los datos que se obtienen no se llega a ningún diagnóstico médico y no se toma ninguna decisión para resolver el problema que aparecía”, sosteniendo que, una vez realizadas las pruebas y tras “lo observado a nivel radiológico”, se podía pensar en “la existencia de megacolon tóxico”, por lo que debería de “haber sido ingresada” y sometida a un “tratamiento médico urgente”. Sin embargo, añade, “no se realizó ningún tipo de tratamiento de los indicados ante estas patologías” y se le da “de alta”. Estima que si se “hubiera realizado una laparotomía exploradora el día 13-3-2008 se hubieran evitado las perforaciones y todo tipo de intervenciones y situaciones patológicas que aparecieron después, incluso con peligro para la vida de la paciente”.

De la documentación incorporada al expediente resulta acreditado que en la madrugada del día 13 de marzo de 2008, en el Servicio de Urgencias, tras la realización de las pruebas adecuadas a la sintomatología que presentada -como ella misma reconoce-, se “descarta patología quirúrgica urgente”, según consta en el informe emitido conjuntamente por el Jefe de Servicio de Cirugía General y el Jefe de la Sección de Coloproctología, pero se explica a la familia “que hay que continuar estudios” y se “le pide un TC abdominal”. El informe técnico de evaluación y el emitido por la asesoría privada se pronuncian en el mismo sentido, afirmándose en el primero que las pruebas practicadas descartaban una “patología quirúrgica urgente, y por supuesto la presencia de un megacolon tóxico”, y concluyéndose en el segundo que en ese momento la paciente “no presentaba signos de cuadro abdominal agudo que justificasen una laparotomía exploradora de urgencia”, debiendo ser “estudiada adecuadamente para establecer su etiología”.

A la vista de la necesidad de nuevas pruebas, se le ofrece la posibilidad de “ingreso o de ir a su casa y volver el lunes 17 a consulta”, decidiendo la familia que “el TC abdominal lo gestionarán ellos” y que “prefieren irse a su casa”. El día 15 de marzo, según recoge el informe técnico de evaluación, se realizó la prueba radiológica correspondiente, cuyos hallazgos sugerían una “perforación de víscera hueca” y la “presencia de un abdomen quirúrgico por

posible megacolon tóxico, por lo que los cirujanos optaron por llevar a cabo la única alternativa terapéutica posible e indicada en ese momento: una colectomía subtotal de urgencia con ileostomía en la fosa ilíaca derecha”.

Por último, respecto a la consideración de que si se hubiera realizado una laparotomía el día 13 de marzo se habrían evitado los problemas surgidos con posterioridad, entendemos, al igual que el informe técnico de evaluación, que se trata de una “mera especulación” que “carece de base científica y que no se corresponde con la realidad”, toda vez que en aquel momento “una laparotomía exploradora no estaría indicada, pues los riesgos que conlleva son mayores que los derivados de una actitud expectante para completar los estudios”; planteamiento que fue el adoptado en el presente caso.

En definitiva, este Consejo estima que no ha quedado probado que el daño alegado por la interesada fuese consecuencia de la asistencia recibida en el Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le realizaron las pruebas adecuadas a los síntomas que presentaba. Posteriormente, ante la evolución del proceso, se procedió a practicar una cirugía de urgencia, por lo que la actuación de los diferentes profesionales sanitarios que la asistieron, y singularmente de los que la atendieron en el Servicio de Urgencias, a quienes reiteradamente responsabiliza del inadecuado tratamiento, se ajustó a la *lex artis ad hoc*, como destacan todos los informes obrantes en el expediente, aplicándose en cada momento los medios diagnósticos y terapéuticos acordes a la patología que manifestaba la enferma. En último término, del propio informe técnico aportado por la interesada se desprende que el retraso asistencial que en él se sostiene se limitaría a dos días, del 13 al 15 de marzo, por lo que no cabe atribuir a la falta de realización de una prueba -laparotomía exploradora, cuya necesidad y posibles riesgos suscitan opiniones contrapuestas- las intervenciones a las que la paciente hubo de ser sometida y las secuelas que padece, no apreciándose la existencia de un nexo causal con el actuar de los servicios públicos sanitarios que ampare la solicitud de reclamación patrimonial. Lo anterior convierte en innecesaria cualquier consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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

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.