

Expediente Núm. 55/2011
Dictamen Núm. 311/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 27 de octubre 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 febrero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de junio de 2010, se presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en relación con daños que se atribuyen a la “errónea asistencia médica pautaada” por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El reclamante refiere que el día 2 de febrero de 2004 ingresa en el Servicio de Cirugía General del Hospital “X”, con “dolor en hemiabdomen

inferior de veinticuatro horas de evolución y fiebre alta, sin náuseas ni vómitos, y con deposiciones diarreicas"; que se le realiza una ecografía abdominal, en la que se visualiza "en hemipelvis derecha (...) alteración de las estructuras con una imagen hipoeoica que podría corresponderse con patología inflamatoria intestinal, solicitándose para una mejor valoración (...) un tránsito intestinal", que se realiza el día 9 de febrero, llamando la atención "la existencia de una zona en ciego que presenta configuración de pliegues normal aunque con una disposición peculiar visualizado en múltiples proyecciones, y que podría sugerir la existencia de una comprensión extrínseca", por lo que se pide "una TC para valoración de este hallazgo".

Relata que el día 31 de marzo de 2004 se le efectúa "un nuevo radiodiagnóstico por tránsito intestinal", según el cual "el tránsito es lento, tardando aproximadamente tres horas en llegar al íleon terminal. Este está afectado, estenosado y produce comprensión y afectación del ciego, sin que (se) observe la presencia de fistulas ni de úlceras (...). Compatible con enfermedad de Crohn, dados los antecedentes del paciente, aunque dado el efecto masa de la lesión sobre el ciego habría que establecer el diagnóstico diferencial entre tuberculosis, linfoma". El día 15 de junio de 2005 se le practica una colonoscopia para "descartar ileitis terminal", que genera como diagnóstico "enfermedad de Crohn íleon terminal", emitiendo el Servicio de Anatomía Patológica ese mismo día informe relativo "a biopsia en válvula ileocecal con hallazgos morfológicos compatibles con enfermedad de Crohn y biopsia duodenal con cambios inflamatorios y reactivos de intensidad leve a moderada".

A su juicio, resulta "absolutamente demostrado con los datos incompletos a los que hasta ahora ha tenido acceso (...) que, al menos desde el día 15 de junio de 2005, existían informes de diferentes servicios, todos ellos coincidentes en que (...) padecía enfermedad de Crohn".

Manifiesta que, "no obstante lo anterior, tres meses después (...), el 13 de septiembre de 2005, acude a una revisión" en el Servicio de Digestivo del

Hospital "X", "donde se le entrega, firmado por el (...) Jefe de Servicio (...), un informe" en el que se señala como diagnóstico "enfermedad celíaca" y como tratamiento "dieta sin gluten (...). No precisa medicación". A partir de ese momento "hace dieta sin gluten y abandona el tratamiento farmacológico anterior, consistente en (...) `Entocord 3 mg´, indicado para la inducción de la remisión en pacientes con enfermedad de Crohn leve o moderada que afecte al íleon y/o al colon ascendente" y en los informes del Área de Urgencias de 15 de febrero, 27 de abril y 12 de septiembre de 2006, 11 de marzo de 2007, 5 de noviembre de 2008 y 10 de junio de 2009 se le considera enfermo celíaco. Expone que en el correspondiente a este último día -10 de junio de 2009- se señala textualmente "dolor abdominal de años de evolución con periodos de mejoría y empeoramiento; valorado por esta misma clínica por Digestivo (...) con diagnóstico de enfermedad celíaca, pero sin ninguna mejoría, por lo que hay duda de nuevo".

Con fecha 29 de junio de 2009 acude de nuevo a la consulta de Digestivo, donde se emite un nuevo parte en el que se señala "enfermedad Crohn íleon-terminal 2004", "no sabe que tiene enfermedad de Crohn", "hace dieta sin gluten desde 2005", y "como corolario a esta situación se practica nuevo TC abdominopélvico con contraste oral e intravenoso el día 21 de julio de 2009, en el que se determina la existencia de un engrosamiento de las paredes del íleon terminal que afecta a un segmento aproximado de seis centímetros, produce estrechamiento de la luz, ingurgitación del meso y adenopatías loco-regionales, en relación con ileitis por enfermedad de Crohn, señalando como impresión diagnóstica engrosamiento de las paredes del íleon terminal y del apéndice en relación con enfermedad de Crohn". El reclamante manifiesta que "el informe del Servicio de Radiodiagnóstico de 23 de julio de 2009, es coincidente, a los efectos del diagnóstico, con el informe de la colonoscopia emitido ya el día 15 de junio de 2005, que ya diagnosticaba la existencia de enfermedad de Crohn, íleon terminal".

Estima que “resulta evidente que, durante al menos los cuatro años que median desde el 15 de junio de 2005, fecha en que se establece el primer diagnóstico indudable de padecer la enfermedad de Crohn en íleon terminal, hasta el 29 de junio de 2009, fecha en que por el Servicio (...) de Digestivo (...) se establece el padecimiento de la enfermedad de Crohn íleon terminal desde el año 2004 (...), ha estado (...) sometido a un tratamiento absolutamente inadecuado (...) desde el día 13 de septiembre de 2005”, fecha en la que el Jefe del Servicio de Digestivo le diagnostica, “contra todas las pruebas médicas existentes”, enfermedad celíaca, “aplicándole el tratamiento de dieta sin gluten y suprimiendo la medicación contra la enfermedad de Crohn que venía tomando”.

Como daños, consigna “engrosamiento de las paredes del íleon terminal”, que ha supuesto el padecimiento de dolores intestinales de forma prácticamente constante durante todo el tiempo indicado, “con el correlato de los días de baja laboral del mismo” y “tener que hacer frente al elevadísimo costo derivado de una dieta sin gluten, innecesaria y contraproducente entre el día 13 de septiembre de 2005 y el 29 de junio de 2009”.

Afirma que existe “relación de causalidad entre (el) error del diagnóstico y el agravamiento de los problemas físicos” que sufre “y el daño patrimonial derivado del seguimiento de una dieta sin gluten absolutamente innecesaria y contraproducente”, y que los daños son imputables “al funcionamiento anormal de la Administración sanitaria, derivado del diagnóstico (...) de enfermedad celíaca inexistente”.

Sostiene que “los más modernos estudios sobre la enfermedad de Crohn establecen, más allá de cualquier duda, que la dieta sin gluten es perjudicial para dichos enfermos y que el tratamiento farmacológico antiinflamatorio es de absoluta prioridad”.

Valora los daños sufridos, incluidos los morales, en veintiséis mil doscientos cuarenta euros (26.240 €), importe que desglosa en los siguientes conceptos: engrosamiento de las paredes del íleon terminal y del apéndice,

7.200 €; “días de baja laboral e inasistencia al trabajo derivados de la sintomatología de la enfermedad de Crohn no tratada”, 8.000 €, y, “costo adicional de la dieta sin gluten que le fue recetada sin motivo ni razón alguna, que supuso la cantidad mínima de ocho euros diarios a añadir al coste de manutención ordinaria (...), desde el día 13 de septiembre de 2005 hasta el 29 de junio de 2009”, 11.040 €, Solicitando una indemnización por dicha cuantía.

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico del hospital, realizado el día 31 de marzo de 2004, que muestra íleon terminal “estenosado y produce compresión y afectación del ciego (...). Puede ser compatible con enfermedad de Crohn, dados los antecedentes del paciente, aunque dado el efecto masa de la lesión sobre el ciego habría que establecer el diagnóstico diferencial entre tuberculosis, linfoma”. b) Informe de colonoscopia, de 15 de junio de 2005, en el que consta como diagnóstico “enf. Crohn íleon terminal”. c) Informe del Servicio de Anatomía Patológica de 15 de junio de 2005, relativo a biopsias de válvula íleo-cecal, en el que constan “hallazgos morfológicos compatibles con enfermedad de Crohn”, aunque, según se indica, “los signos observados son sugestivos pero no concluyentes”, y duodenal, “con cambios inflamatorios y reactivos de intensidad leve a moderada”. d) Informe del Servicio de Digestivo, de 13 de septiembre de 2005, en el que consta el diagnóstico de “enfermedad celíaca” y como tratamiento “dieta sin gluten (...). No precisa medicación”. e) Informes del Área de Urgencias de 15 de febrero de 2006, por “dolor abdominal a nivel de epigastrio”, en el que constan como antecedentes “enf. celíaca./ IQ: fístula anal” y como diagnóstico “dolor abdominal inespecífico”; de 27 de abril de 2006, por “dolor hemitórax izq. de 1 mes de evolución que aumenta con algún movimiento. No fue a un médico”, y que se identificó como “probable S. de Tietze”; de 12 de septiembre de 2006, por “dolor abdominal” de 3 días de evolución, con exploración y analítica normal; de 11 de marzo de 2007, por “gonalgia izda. + dolor en ambos pectorales”, en el que consta impresión diagnóstica “contractura ms. pectorales”, y de 10 de junio de 2009, por “dolor

abdominal de años de evolución, con períodos de mejoría y empeoramiento, valorado por esta misma clínica por Digestivo” con diagnóstico, de enf. celíaca, pero sin ninguna mejoría, por lo que hoy acude de nuevo”, pasándose a control de Digestivo. f) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico, del día 23 de julio de 2009, en el que se refleja como impresión diagnóstica “engrosamiento de las paredes del íleon terminal y el apéndice, en relación con enfermedad de Crohn”.

2. Con fecha 7 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al 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.

3. Mediante oficios datados el 20 de julio y el 3 y el 30 de agosto de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “X” remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante y los informes de los Servicios de Cirugía y de Digestivo.

En la historia clínica, figuran, además de los documentos aportados por el reclamante, entre otros, los siguientes: a) Hojas de curso clínico del Servicio de Digestivo Gastro 1 en las que se anota, el día 9 de marzo de 2004, probable enfermedad de Crohn. El paciente refiere que su padre padece dicha enfermedad. Consta anamnesis, tratamiento, petición de analítica y estudios y que está pendiente de ver resultados, indicándose al margen “A₁L₁B₃”; el 3 de septiembre de 2004, que “acude su padre por los resultados. No hizo colonoscopia, no toma medicación (...). Hizo ecografía gástrica”, normal, “el tránsito (...), compatible E. Crohn y aconseja hacer estudios que el paciente no quiere”. Se le pauta revisión en 6 meses y ver evolución; el 5 de abril de 2005, que fue diagnosticado “hace 1 año de probable ileitis terminal por enf. de Crohn con fístula anal asociada”, que vino solo su padre, que el paciente está sin

tomar medicación y se encuentra asintomático. "No dolor abdominal, ni diarreas. No pérdida de peso asociada. Artralgias múltiples en la espalda y en muslos. Tiene reactantes de fase aguda algo elevados./ Hierro algo bajo (...). En los últimos días tiene de nuevo molestias perianales". Se le pone tratamiento y se pide "perfil celíaco, colonoscopia, gastro con biopsias y revisión en 6 meses"; el 13 de septiembre de 2005, que está diagnosticado de "EC ileal desde hace 1,5 años./ Operado de fístula perianal y quedó bien./ Es HLA-DQ2 (+) (...). Se pone DSG" y se pide "perfil celíaco", mandando revisión en 6 meses; el 21 de marzo de 2006, que se le diagnosticó "EC ileal hace 2 años (...). Está con DSG desde hace 6 meses y está muy mejorado y mantiene peso (...). No dolor abdominal, ni diarreas./ Está solo con dieta y está asintomático". Se pide "perfil" y revisión 6 meses; el 10 de noviembre de 2006, como motivo de consulta figura "revisión e. Crohn ileal hace 3 años, a DSG desde hace 1 año./ Acude su padre", el paciente está asintomático, con BEG, y se pauta revisión en 6 meses y análisis; el 15 de junio de 2007, diagnosticado de "EC ileal hace 3 años./ Está con DSG desde el 13-9-05 y se encuentra muy bien (asintomático)./ No toma medicación. Está fuerte, delgado y fibroso./ No dolor abdominal, ni diarreas". Consta petición de "perfil celíaco" y revisión en 6 meses; el 22 de enero de 2008, "EC ileal con DSG desde el 13-09-05./ Asintomático (...). Brotes pequeños de pancreatitis./ En casa sigue bien la DSG (quizás algo fuera)" y petición de perfil y revisión 6 meses; el 14 de agosto de 2008 "EC con DSG desde el 13-09-05 (...) que sigue muy bien en casa (fuera con irregularidades)" (...). No toma medicación" y se pide perfil y revisión 6 meses; el 24 de febrero de 2009, "EC con DSG, desde el 13-09-05 que sigue bien y está asintomático./ Come a menudo en bares, fuera de casa (en casa lo sigue bastante bien./ Los viernes y sábados come fuera (2 días/semana)./ No falta a trabajar y está asintomático". Consta petición de perfil y revisión en 1 año. b) Hojas de curso clínico en el Servicio de Digestivo Gastro 2, en las que figura, el 29 de junio 2009, "de Gastro 1 y de J-3 (La Lila)./ Enf. Crohn ileal 2004 (...). No sabe que tiene enf. de Crohn./ Hace DSG desde 2005./ Varias

visitas a Urgencias por dolor abdominal (...)/ Le explico el diagnóstico". Consta petición de estudios; el 10 de agosto de 2009, "no tto. actual./ Familia muy demandante por los dx del paciente./ TAC: engrosamiento de íleon terminal". Se pauta tratamiento y revisión; el 11 de septiembre de 2009, que refiere "2 deposiciones blandas al día, no dolor abdominal excepto 2 días la semana pasada". Se le pauta tratamiento y nuevo control en 4 semanas; el 13 de octubre de 2009, que viene el padre y señala que el ahora reclamante estuvo dos días con dolor abdominal. Tras verificar los resultados de las analíticas, se pauta tratamiento y nuevo control; el 26 de noviembre de 2009, que acude el padre, se le comunican los resultados de las analíticas, el tratamiento y una nueva revisión; el 2 de marzo de 2010, que va a la consulta el padre indicando que el reclamante tuvo un nuevo episodio de dolor abdominal de unas 24 horas de duración, se le comunican los resultados de los análisis y se le pauta tratamiento; el 4 de junio de 2010, que acude nuevamente el padre, refiriendo dolor abdominal en el paciente al suspender el tratamiento, su desaparición al reanudarlo y llevar asintomático un mes, sin tomarlo.

En el informe del Servicio de Cirugía General, de fecha 2 de agosto de 2010, se refiere que el paciente ingresó en el Servicio "de Cirugía General II en febrero de 2004" a causa de "un dolor abdominal que mejoró con el tratamiento. Fue dado de alta para acudir a consulta de Medicina del Aparato Digestivo por haberse descartado enfermedad quirúrgica y sospecharse enfermedad inflamatoria intestinal, a partir de lo cual quedó a cargo de ese Servicio para estudio y tratamiento". Adjunta informe de alta del Servicio de Cirugía General, de fecha 13 de febrero de 2004.

En el informe del Servicio de Digestivo, también de fecha 2 de agosto de 2010, se indica que el paciente "ha sido revisado en numerosas ocasiones en consultas externas desde el 09-03-04 por presentar una clínica digestiva encuadrable dentro de una enfermedad de Crohn leve y una enfermedad celíaca asociada, para la que viene siendo tratado con corticoides no absorbibles (budesonida) y una dieta sin gluten. Con revisiones semestrales

hasta la actualidad". Añade que "a la mayor parte de las revisiones acude solo el padre, pues el hijo está trabajando en la construcción, diez horas diarias y no puede faltar al trabajo, lo que confirma que se encuentra en excelente estado". Señala que "no ha precisado nuevas hospitalizaciones desde entonces" ni "tratamiento quirúrgico". Señala que el paciente "presenta marcadores genéticos positivos de enfermedad celíaca (DQ2+), con biopsia duodenal inflamada (Marsh 2) y serología débilmente positiva". La enfermedad de Crohn que padece es "muy leve y solo afecta al íleon terminal de forma inflamatoria pura. Por tanto el paciente presenta ambas enfermedades simultáneamente y debe continuar con la medicación señalada y una dieta sin gluten de forma permanente".

El día 30 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio de Digestivo informa que en el referido Servicio "no existe ningún médico que se llame en la actualidad, ni anteriormente".

4. Con fecha 23 de septiembre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que el paciente "fue diagnosticado de probable enfermedad de Crohn en febrero de 2004 a raíz de un ingreso hospitalario por dolor abdominal. Siguió revisiones ambulatorias semestrales hasta junio de 2009, con frecuencia mensual entre junio y noviembre de 2009 y posteriormente cada tres meses hasta la actualidad. Durante las mismas se realizaron estudios diagnósticos confirmatorios con negativa inicial por parte del paciente. Se inició tratamiento con Lixacol (mesalazina), que según su padre el paciente no seguía, y en abril de 2005 Entocord (budesonida), que se mantuvo hasta el 13-09-05 y se suspendió dada la evolución clínica favorable (se encontraba asintomático). En esa fecha fue diagnosticado además de enfermedad celíaca y se inició dieta sin gluten. Se mantuvo asintomático y con buen estado general salvo por episodios de dolor abdominal de presentación ocasional, más frecuentes en los últimos dos años. El 13-10-09 se reinició

tratamiento con Entocord, que se mantuvo hasta el 02-04-10. Desde el 10-08-09 y hasta la fecha se ha venido valorando la posibilidad de iniciar tratamiento con Imurel (azatioprina) en función de la evolución de la enfermedad. No precisó ingresos hospitalarios posteriores al de febrero de 2004, ni tratamiento quirúrgico. El seguimiento clínico se hizo (en numerosas ocasiones a través del padre del paciente, que acudía en su lugar a las revisiones”.

Afirma que “la enfermedad celíaca y la enfermedad inflamatoria intestinal comparten múltiples analogías” y se asocian a “enfermedades de base genética e inmuno-inflamatoria”. Señala que “un estudio reciente realizado en nuestro país demostró que la prevalencia de la enfermedad de Crohn en los pacientes con enfermedad celíaca y en sus familiares de primer grado es muy elevada” y que la “predisposición de los celíacos y sus familiares a desarrollar enfermedad de Crohn puede tener importantes repercusiones clínicas, como tener presente siempre la posibilidad diagnóstica de enfermedad de Crohn en aquellos pacientes con enfermedad celíaca que no se controlan adecuadamente con la dieta sin gluten, o en los familiares de pacientes con enfermedad celíaca, ante la aparición de síntomas digestivos compatibles”. En el presente caso, el paciente “fue diagnosticado de probable enfermedad de Crohn en el Hospital “X” y, tras vencer su “resistencia inicial (...) a realizar estudios diagnósticos complementarios, se confirmó dicha patología y se diagnosticó además de enfermedad celíaca. Se le prescribió tratamiento inicial con mesalazina (que el paciente suspendió de forma voluntaria), y posteriormente budesonida, que se mantuvo hasta la estabilización clínica, además de dieta sin gluten. El paciente no acudió con frecuencia a las revisiones ambulatorias, haciéndolo su padre en su lugar. Se valoró tratamiento inmunodepresor para su enfermedad de Crohn, que se pospuso por su evolución clínica favorable. En tres de las cinco consultas documentadas al Servicio de Urgencias el motivo de consulta fueron síntomas digestivos y no consta que precisara ingresos hospitalarios”.

No aprecia “error de diagnóstico, y en todo caso solo podría hablarse de interpretación distinta del resultado de las pruebas diagnósticas en el caso de la enfermedad celíaca. Tampoco se ha detectado omisión de tratamiento, que se prescribió de acuerdo con la situación clínica y la evolución de la patología. La naturaleza del daño descrito es atribuible a la evolución natural de la enfermedad de Crohn y no es posible afirmar que existe un nexo causal entre el mismo y la atención médica prestada. No se ha constatado defecto de información por parte de los facultativos del Servicio de Digestivo, ya que parte de la misma se le facilitó por escrito”. Sin embargo, “se ha percibido (...) una cierta desatención por parte del paciente en relación al seguimiento de su enfermedad”.

Concluye que el reclamante “fue diagnosticado sucesivamente de enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca, recibiendo atención médica para ambos procesos digestivos. No se ha apreciado mala praxis diagnóstica, terapéutica, ni defecto de información clínica. El daño que sufre el paciente guarda relación con la naturaleza de su enfermedad inflamatoria intestinal y no con un funcionamiento normal o anormal del sistema público de salud”.

5. Mediante escritos de 28 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios 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.

6. Con fecha 29 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas del Aparato Digestivo. En él se concluye que no se han “encontrado indicios de mala praxis en la asistencia prestada (al paciente) por los especialistas de Aparato Digestivo que le han atendido en el Hospital “X” (...). El paciente fue diagnosticado consecutivamente de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn ileocecal (15-06-05) y de enfermedad celíaca (13-09-05), iniciando tratamiento para

ambas patologías y mostrándose prácticamente asintomático durante varios años desde el inicio de la dieta sin gluten para su enfermedad celíaca. Dado que el brote de debut inicial era de una gravedad leve y con buena respuesta al tratamiento, se consideró que no era necesario proseguir con tratamiento de mantenimiento, de acuerdo a una de las estrategias aceptadas por las recomendaciones actuales de las guías clínicas diseñadas por los expertos. De hecho, durante mucho tiempo, y así se describe en las sucesivas visitas del paciente (o de su padre en gran parte de ellas) a la consulta, la ausencia de tratamiento farmacológico asociado a la DSG no condicionó una mala evolución clínica, sino más bien al contrario (...). Cuando el paciente, tras varios años prácticamente asintomático, comenzó de nuevo con más síntomas, se volvió a introducir tratamiento con budesonida, comenzando a valorarse y a realizar el estudio previo para la introducción de tratamiento inmunodepresor de mantenimiento con azatioprina. El desarrollo de una estenosis ileal secundaria al engrosamiento mural del íleon terminal no es sino consecuencia de la evolución natural de la enfermedad de Crohn en esa localización (...). Por tanto, a la vista de la documentación analizada, el proceder diagnóstico y terapéutico de los médicos" del hospital "se ajustó en todo momento a las recomendaciones de las guías clínicas, ofertando al paciente las alternativas adecuadas a los datos clínicos y radiológicos de que se disponía en cada momento, de acuerdo a la lex artis".

7. Mediante escrito notificado al reclamante el día 20 de diciembre 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. El 29 de diciembre de 2010 se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento, por doscientos ocho (208) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 10 de enero de 2011, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que

reconoce un error de transcripción al identificar a dos doctores del Servicio de Digestivo Gastro 2 que indica, señalando que el Jefe del Servicio debía conocerlos. Expone que cuando se produce el cambio de doctor, "aparte de comunicar al compareciente que tiene la enfermedad de Crohn (...) se suprime la dieta sin gluten (...) y se le comienza a medicar con medicación propia de los enfermos de Crohn (...). Lo contrario de lo que el doctor (...) prescribe en su informe de fecha 13 de septiembre de 2005". Aduce que, "dado que según se (le) ha informado (...), la enfermedad celíaca es una enfermedad sin cura, clínicamente hablando, habría que preguntarse si es que se ha producido una curación milagrosa, o alternativamente que ante un error de diagnóstico, como esta parte sostiene, se ha reconducido la situación al tratamiento adecuado para la enfermedad de Crohn, es decir, medicación antiinflamatoria específica y supresión de la dieta sin gluten, que no aporta nada a los enfermos de Crohn, aparte de un importante quebranto en su economía", concluyendo que estuvo sometido a un tratamiento inadecuado desde el 13 de septiembre de 2005 hasta el 29 de junio de 2009, sufriendo continuos ingresos en el Servicio de Urgencias por esa razón. Alega que los informes insisten en que el tratamiento médico dispensado ha sido correcto y que en el momento actual dicho tratamiento es el indicado, pero no valoran "el erróneo diagnóstico formulado al compareciente como enfermo celíaco ni (...) el erróneo tratamiento derivado de dicho diagnóstico" hasta el mes de junio de 2009, "cuando por un cambio de personal en el Servicio de Digestivo" del hospital se modifica el diagnóstico y el tratamiento hasta entonces oficialmente mantenido, todo ello por el nuevo equipo médico que se hace cargo de la atención al compareciente". Sostiene que "o (...) era, y en consecuencia sigue siendo (la enfermedad clínicamente no tiene cura) un enfermo celíaco (...) o era y es (la enfermedad tampoco tiene cura) un enfermo de Crohn, según ya estableció en junio de 2005 el informe de colonoscopia en aquel momento emitido" y rechaza que "las dos enfermedades (...) puedan ser tratadas con los mismos efectos beneficiosos del mismo modo".

Se opone también al consentimiento informado para dieta sin gluten que se dice fue suscrito por su padre.

8. Con fecha 28 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “no se ha apreciado error de diagnóstico ni omisión de tratamiento, que se prescribió de acuerdo con la situación clínica y la evolución de la patología. La naturaleza del daño descrito es atribuible a la evolución natural de su enfermedad de Crohn y no es posible afirmar que exista un nexo causal entre el mismo y la atención médica prestada”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de febrero de 2011, registrado de entrada el día 3 de marzo del mismo año, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial 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 23 de junio de 2010, invocando la asistencia sanitaria prestada hasta el día 29 de junio de 2009, por lo que hemos de entender, a efectos de permitir el examen de fondo de la reclamación, 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.- Es objeto de análisis un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los daños que se atribuyen a un error de diagnóstico y de tratamiento del servicio público sanitario.

Consta en el expediente que desde marzo de 2004 el interesado acudía a revisiones en el Servicio de Digestivo de un hospital público a cuya petición el 15 de junio de 2005 se le realizaron varias pruebas, según las cuales padecía enfermedad de Crohn. El perjudicado ha acreditado que el día 13 de septiembre de 2005 el mismo Servicio le informó de que padecía enfermedad celíaca, no le se prescribió medicación y se le pautó dieta sin gluten.

El interesado no ha aportado prueba de los días de baja laboral que dice haber soportado ni del seguimiento y mayor coste de la dieta sin gluten que

reclama como daños. Sí consta que acudió al Servicio de Urgencias del mismo hospital en varias ocasiones, y que el día 23 de julio de 2009, en prueba radiológica, se le apreció engrosamiento de las paredes del íleon terminal y del apéndice, por lo que debemos considerar acreditada la realidad de estos daños cuya evaluación económica realizaremos, en su caso, si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño 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*. 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 en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el 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*.

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 reclamante vincula los daños que sufre al diagnóstico de enfermedad celíaca el día 13 de septiembre de 2005, considera que el mismo fue erróneo y que hubo un error en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, que en realidad padecía, hasta el día 29 de junio de 2009, periodo durante el cual siguió dieta sin gluten y no medicación antiinflamatoria, como correspondía. El reclamante anuda el error al tratamiento pautado el día 29 de junio de 2009 por el Servicio de Digestivo Gastro 2 y, en el trámite de audiencia, estima excluyentes la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca.

Sin embargo, no aporta prueba alguna de la relación de causalidad que aduce entre los daños que padece y la asistencia sanitaria que recibió. Además, el informe técnico de evaluación rechaza expresamente la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la atención médica prestada y, tanto este informe como el emitido por dos especialistas del Aparato Digestivo, consideran que el daño sufrido por el interesado es atribuible a la evolución natural de la enfermedad de Crohn.

Por lo que se refiere al reproche de error en el diagnóstico, el perjudicado realiza diversas manifestaciones, constando en el expediente datos que se oponen a las mismas. Así, reconoce que sabía que tenía diagnosticada enfermedad de Crohn desde junio de 2005, tras una colonoscopia, y en las anotaciones de las consultas efectuadas al Servicio de Digestivo 1 desde el día

13 de septiembre de 2005 hasta el día 24 de febrero de 2009 -última consulta- se aprecia que el paciente era considerado por el referido Servicio como enfermo de Crohn.

Si cuando se le informa del diagnóstico de enfermedad celíaca -el día 13 de septiembre de 2005- entiende que esta excluye la enfermedad de Crohn, y no pide aclaración alguna, sólo a él puede imputarse el desconocimiento de la enfermedad desde ese día hasta el 29 de junio de 2009, en el que afirma no tener conocimiento de ella.

A la vista de los informes incorporados durante la instrucción al expediente tampoco cabe apreciar error de tratamiento. El informe técnico de evaluación considera que el prescrito entre el 13 de septiembre de 2005 y el 29 de junio de 2009 -dieta sin gluten- es conforme con la situación clínica y la evolución de la patología y dos especialistas del Aparato Digestivo informan que la suspensión del tratamiento de la enfermedad de Crohn, tras un episodio inicial leve y con buena respuesta al mismo, está de acuerdo con las recomendaciones actuales de las guías clínicas diseñadas por los expertos.

El hecho de que el interesado haya debido acudir a Urgencias tampoco revela errores en la asistencia especializada que se le dispensó. En efecto, el reclamante ha acreditado que los días 15 de febrero y 12 de septiembre de 2006 acudió al Servicio de Urgencias del mismo hospital por dolor abdominal; sin embargo, no consta que aludiera a tales episodios cuando fue atendido en el Servicio de Digestivo en dicho periodo, pues el día 21 de marzo de 2006 figura anotado “no dolor abdominal, ni diarreas”, y el 10 de noviembre de 2006 que acudió su padre y dijo que estaba asintomático. En consulta del día 15 de junio de 2007, el ahora reclamante refirió hallarse muy bien, asintomático, “no dolor abdominal, ni diarreas”, y el 24 de febrero de 2009 -último día que acude a revisión al Servicio de Digestivo Gastro 1- dijo no faltar a trabajar y estar asintomático, reconociendo también que no seguía la dieta a diario. En este sentido, llama poderosamente la atención que el día 10 de junio de 2009 llegue a Urgencias refiriendo “dolor abdominal de años de evolución, con periodos de

mejoría y empeoramiento, valorado por esta misma clínica por Digestivo” con diagnóstico de enfermedad “celíaca, pero sin ninguna mejoría, por lo que hoy acude de nuevo”, y que en ninguna de las revisiones a las que asistió -él o, a menudo, su padre- desde el día 13 de septiembre de 2005 hubiese manifestado haber sufrido dolor. Si tenía dolores u otros síntomas y no los comunicó en las múltiples revisiones realizadas, solo a él se debería la falta de tratamiento de los mismos.

La pauta de medicamentos en agosto de 2009 por el Servicio de Digestivo Gastro 2 no revela error de tratamiento hasta entonces, pues en la consulta inicial en dicho Servicio -en junio del mismo año, remitido por Urgencias- refería dolores abdominales, mientras que en las consultas con el Servicio de Digestivo Gastro 1 no había indicado tener ninguno desde el 13 de septiembre de 2005.

El informe técnico de evaluación, contrariamente a lo que alega el interesado, sostiene que “la enfermedad celíaca y la enfermedad inflamatoria intestinal comparten múltiples analogías” y se asocian a “enfermedades de base genética e inmuno-inflamatoria”. Además, alude a un estudio reciente realizado en nuestro país que “demostró que la prevalencia de la enfermedad de Crohn en los pacientes con enfermedad celíaca y en sus familiares de primer grado es muy elevada” y que la “predisposición de los celíacos y sus familiares a desarrollar enfermedad de Crohn puede tener importantes repercusiones clínicas, como tener presente siempre la posibilidad diagnóstica de enfermedad de Crohn en aquellos pacientes con enfermedad celíaca que no se controlan adecuadamente con la dieta sin gluten, o en los familiares de pacientes con enfermedad celíaca, ante la aparición de síntomas digestivos compatibles”.

Este informe y el elaborado por los especialistas del Aparato Digestivo descartan mala praxis diagnóstica o terapéutica o falta de información clínica, pues los facultativos del servicio público de salud ofrecieron al paciente las alternativas adecuadas a los datos clínicos y radiológicos de que se disponía en cada momento.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia que se prestó al paciente, que fue correcta. El engrosamiento de las paredes del íleon terminal se debe, según los informes emitidos, a la evolución natural de la enfermedad de Crohn en esa localización.

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.