

Expediente Núm. 84/2011  
Dictamen Núm. 346/2011

**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 24 de noviembre 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 29 de marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de junio de 2010, el reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que acude al Servicio de Urgencias del Hospital ....., “los días 29 y 30 de septiembre de 2008 (...) por padecer fiebre alta, dolor

abdominal y diarrea". Tras "haber sido explorado y realizada analítica y ecografía abdominal", el dolor "fue calificado de inespecífico" y, aunque "en los resultados de las pruebas ya estaban altos los leucocitos y mínimamente alteradas las pruebas hepáticas", se le diagnostica una "gastroenteritis aguda", recibiendo el alta, sin que se le haya hecho "ningún TAC".

Como su estado empeoraba, acude el día 2 de octubre a su médico de Atención Primaria, que le diagnostica "una adenitis mesentérica", y el día 4 vuelve a la consulta del centro de salud.

El 6 de octubre acude de nuevo al Servicio de Urgencias del hospital por "persistencia y aumento de la fiebre, dolor abdominal continuo, incremento de nauseas-vómitos y diarrea" e ingresa en el Servicio de Digestivo, donde se le realizan "más pruebas ante la sospecha de (...) hepatitis aguda e insuficiencia renal de origen prerrenal". El 7 de octubre, a pesar del tratamiento, continúa "con fiebre alta y aumento del dolor abdominal". El 8 de octubre, "cuando desciende el número de plaquetas de trombopenia por consumo y trombosis de la mesentérica inferior" se consulta al Servicio de Hematología, y me realizan un TC abdominal, "localizándome una apendicitis con plastrón, que me es diagnosticada como apendicitis aguda, posobstructiva, con embolismos sépticos hepáticos y trombosis en vena mesentérica superior./ Ese mismo día (...) me intervienen quirúrgicamente con carácter de urgencia, realizándome una apendicectomía; posteriormente me enteré del elevado riesgo de la operación a la que fui sometido", habiendo transcurrido "entre la leucocitosis y el dolor abdominal con nauseas y vómitos (...) típico de la apendicitis hasta su diagnóstico (...) diez días".

Durante el posoperatorio permanece en "la Unidad de Reanimación unos días por sepsis de origen abdominal, fallo hepático secundario a sepsis y trombosis de vena mesentérica superior por embolismos sépticos (...). Días después me realizan más pruebas, entre otras (...) angio TC y TC abdominal, no observándose tromboembolismos pulmonares pero sí persistiendo trombosis de

vena mesentérica superior con trombosis parcial de ramas portales intrahepática”.

El diagnóstico es de “apendicitis aguda complicada, trombosis vena mesentérica superior y trombosis ramas intrahepáticas portales de segmentos II y III”. Además, por el Servicio de Radiodiagnóstico se le diagnostica “una colecistitis aguda”, a lo que se añade el hecho de que “no se me identifica vena mesentérica superior por trombosis venosa previa con desarrollo colateral perigástrica y pericolónica”. El día 17 de junio de 2009 recibe el alta en Cirugía General.

Solicita una indemnización por importe total de ciento cincuenta mil euros (150.000 €), en concepto de días de hospitalización, impeditivos, daños morales y secuelas “funcionales y estéticas”.

2. El día 25 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor una copia de su historia clínica y, con fecha 8 de julio de 2010, los informes de los Servicios de Cirugía General y de Digestivo.

En la historia clínica aparece anotado que, con fecha 14 de abril de 2009, el Servicio de Cirugía General solicita un estudio hematológico a fin de valorar la retirada del tratamiento anticoagulante, constando en un informe del mismo Servicio que el paciente recibe “el alta en consultas el 16-06-09, recomendando (...) vigilancia por su MAP, si hace falta”.

Obra incorporado a la misma, igualmente, un informe fechado el 10 de junio de 2009, en el que se aprecia la necesidad de “prevención de trombosis en situaciones de riesgo (cirugía, inmovilización, encamamiento prolongado y viajes en avión superiores a 3 horas)”.

En el informe del Servicio de Digestivo se manifiesta que “dicho paciente no tuvo ninguna consulta con el Servicio”.

Por su parte el informe del Servicio de Cirugía General se remite “a los informes adjuntos: alta médica del 25 de octubre de 2008 y última revisión en consultas externas el 17 de junio de 2009. Desde entonces no hemos tenido noticias del paciente”. En el referido informe de alta, emitido por el Servicio de Cirugía General el día 25 de octubre de 2008, se indica que el paciente “acude a Urgencias con cuadro de 8 días de evolución de fiebre, dolor abdominal y diarrea. Acudió previamente a Urgencias con cuadro similar con analíticas en las que solo destacaba la leucocitosis de 16.400 (90% N) y 14.100 (92% N) los días 29 y 30 de septiembre, respectivamente, 257.000 plaquetas. El día 30-09-2008 se realiza ecografía abdominal urgente en la que se observa hígado homogéneo, sin lesiones focales, vesícula y vía biliar, así como riñones y páncreas, sin hallazgos patológicos. No líquido libre (...). No se identifica el apéndice./ El cuadro se etiqueta de GEA y el paciente es dado de alta (...). El 06-10-2008 (...) acude de nuevo al hospital por persistencia de fiebre > 38°, dolor abdominal continuo, náuseas-vómitos, diarrea sin productos patológicos e ictericia (...). Ingresa en el Servicio de Digestivo para completar estudios con la sospecha de hepatitis aguda./ El 07-10-2008 se comienza con antibioterapia empírica por presencia de BNG y coco + en hemocultivos. Pese al tratamiento, la evolución clínica es mala, con persistencia de fiebre y aumento del dolor abdominal, que continúa siendo epigástrico-HD”.

El día 8 de octubre de 2008 se realiza TC abdominal, que “se informa como apendicitis aguda, posobstructiva, con embolismos sépticos hepáticos y trombosis de vena mesentérica superior./ Ese mismo día se decide intervención quirúrgica urgente y se realiza apendicectomía (...) más drenaje de absceso más lavados”.

Añade que “durante el posoperatorio (...) permanece en la Unidad de Reanimación hasta el 14-10-2008 por sepsis de origen abdominal, fallo hepático secundario a sepsis y trombosis de vena mesentérica superior por embolismos sépticos (...). El día 16-10-2008 se realiza angioTC y TC abdominal en la que no

se observan tromboembolismos pulmonares, persistiendo trombosis de vena mesentérica superior con trombosis parcial de ramas portales intrahepáticas./ La evolución clínica es favorable, controlado por el Servicio de Cirugía General, Infecciosas y Hematología./ El paciente es dado de alta el 25-10-2008 con antibioterapia y anticoagulación, asintomático, tolerando dieta y con analítica normalizada". Se establecen los diagnósticos de "apendicitis aguda complicada./ Trombosis vena mesentérica superior./ Trombosis ramas intrahepáticas portales de segmentos II y III./ Abscesos hepáticos".

**3.** Con fecha 13 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de entrada 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.

**4.** Con fecha 15 de julio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y señala que "los signos patognomónicos para confirmación diagnóstica de apendicitis aguda son múltiples (...). En el examen físico para emitir el diagnóstico se da importancia al pulso y a la temperatura (...), pero es el examen abdominal el que es de vital importancia, siendo la sensibilidad dolorosa del abdomen, el dolor y la defensa muscular (...) los más fiables". Una vez finalizado el examen físico "se debe recurrir a exámenes de laboratorio y de imagen como:/ Recuento de leucocitos (...). La ecografía abdominal y el sedimento urinario, que tiene importancia en el diagnóstico diferencial con el cólico nefrítico y/o infección urinaria./ Si persiste la duda de un diagnóstico certero es el cirujano el que debe adoptar la decisión de operar o no, teniendo en cuenta que los signos abdominales a veces son poco claros (...). El cirujano puede utilizar otros medios diagnósticos auxiliares cuando hay

dudas diagnósticas como la tomografía axial computerizada (TAC). El tratamiento es quirúrgico, mejor `abrir el abdomen para ver, que esperar a ver´". Además, existen las complicaciones sépticas, "siendo la más frecuente la infección de la herida operatoria, pero estas elevan su incidencia si el apéndice estaba perforado o hay plastrón apendicular, como en el caso analizado". Añade que en el consentimiento informado firmado por el reclamante se recogen "los riesgos típicos de este proceso".

Expone que en este caso, "tras estudio del historial clínico del paciente, encontramos que el diagnóstico emitido fue certero, aunque en una segunda asistencia, al igual que el tratamiento y la técnica quirúrgica aplicada"; no obstante, se produjo una "sepsis de origen abdominal que fue controlada por los Servicios de Cirugía General, Infecciosas, Hematología y Digestivo y tratada (...) con antibióticos y anticoagulación".

Refiere que se trata de un paciente con "dolor abdominal de ocho días de evolución, fiebre y diarrea, que no tenía defensa abdominal ni peritonismo, siendo la analítica de 16.400 leucocitos/mm<sup>3</sup> con neutrofilia./ En diagnóstico de imagen, tanto la radiografía de abdomen como la ecografía abdominal eran normales, por lo que en inicio se pensó en una gastroenteritis aguda./ Una semana más tarde vuelve a acudir por fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho, vómitos e ictericia, siendo la analítica de 9.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con hemoglobina 12,7 g/dl y datos de bilirrubina y de serologías varias todas negativas./ En hemocultivo se aíslan bacilos gramnegativos y cocos grampositivos, por lo que se inicia tratamiento con antibioterapia (...). La TAC realizada el 8 de octubre objetiva un apéndice dilatado con gas atípico en su interior, se interviene quirúrgicamente de forma urgente, constatándose apendicitis gangrenosa con peritonitis y otros hallazgos patológicos intraabdominales, como hipodensidad de la vena mesentérica superior y sus ramos con engrosamiento del endotelio vascular compatible con trombosis

venosa./ En la TAC de una semana después de la cirugía persiste trombosis de la vena mesentérica”.

Concluye que el paciente sufre una “rara complicación de la apendicitis aguda con una elevada mortalidad, pero (...) fue diagnosticada en tiempo prudencial y, tras confirmación diagnóstica, imperó una buena praxis médica”.

5. Mediante escritos de 22 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.

6. Con fecha 23 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 Digestivo y uno en Cirugía General. En él concluyen que “el paciente acude a Urgencias del hospital el 29 de septiembre de 2008 “por un cuadro compatible con una GEA (...). Tras la aplicación del protocolo de dolor abdominal en Urgencias es enviado a su domicilio con recomendación de acudir de nuevo a las 24 horas para realizar nueva analítica (...). Reingresa el 30-09-08, realizándole nuevas exploraciones de manera correcta, incluida una exploración ecográfica de la FID que resulta negativa para apendicitis aguda (...). Hay que señalar que las actuaciones en el Servicio de Urgencias los días 29 y 30 son absolutamente correctas, realizándose las exploraciones necesarias, actuando de acuerdo con los protocolos de dolor abdominal en la urgencia”. Acude “de nuevo a los 6 días, siendo ingresado en el Servicio de Digestivo con la sospecha de hepatitis vírica (...). Tras comprobarse a las 48 horas mediante TAC la existencia de una apendicitis aguda es intervenido ese mismo día (...). Se trataba de una apendicitis evolucionada, con embolismos sépticos de la VMS y de algunas ramas portales intrahepáticas (...). El tratamiento realizado es correcto y de acuerdo con la patología que presentaba (...). La evolución es favorable, siendo dado de alta con recomendaciones a los 17 días de la

intervención (...). Más del 30% de los pacientes sufre esta enfermedad más de 48 h y entre el 50 y el 70% presenta perforación apendicular (...). De acuerdo con la documentación examinada se puede afirmar que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado al reclamante el 26 de octubre de 2010, el día 4 de noviembre de ese mismo año comparece este en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento diez (110) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. Con esa misma fecha, apodera *apud acta* a una letrada.

8. El día 16 de noviembre de 2010, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que hace constar que "falta (...) la historia de Atención Primaria, y en concreto la de mi (...) centro de salud (...), donde también fui reconocido en diversas ocasiones por los síntomas que presentaba y que en definitiva motivaron mi intervención quirúrgica por peritonitis", y manifiesta que le "sorprende" que el "Jefe del Servicio de Digestivo (...) diga que no fui tratado por dicho Servicio cuando en la propia historia clínica (...) consta dicho dato", por lo que considera que "deberá solicitarse del Servicio de Admisiones (...) informe sobre qué servicio o servicios fueron los que me trataron a fin de solicitar de los mismos los preceptivos informes, debiéndose incorporar los mismos al presente expediente".

Insiste en que los médicos que le atendieron "no tuvieron la suficiente diligencia en su atención./ En el párrafo cuarto del apartado 3. Valoración (del informe técnico de evaluación) puede leerse que una vez finalizado el examen físico se debe recurrir a otras pruebas como recuento de leucocitos, y son las



cifras superiores a 15.000 mm<sup>3</sup> cuando hay probabilidad de ser una apendicitis aguda en un 70% de los casos”, y señala que “en mi historia clínica consta que el 29 de septiembre tenía 16.400 leucocitos y el 30 de septiembre tenía 20.400, es decir existía una 70% de probabilidades de que padeciera una apendicitis aguda y a pesar de ello se me dio de alta enviándome a mi domicilio para observación, sin tener en cuenta que tanto la leucocitosis y dolor abdominal con nauseas y vómitos son signos típicos de la apendicitis”.

En cuanto a la afirmación incluida en el mismo apartado, de “que pueden utilizarse otros medios diagnósticos auxiliares cuando hay dudas como la tomografía axial computarizada (...) y que el tratamiento es quirúrgico, mejor `abrir el abdomen para ver que esperar a ver`, el reclamante manifiesta que el TAC, “a pesar de ser una prueba ordinaria que puede hacerse en el mismo” hospital, y además la específica para poder comprobar si se trataba de una apendicitis, se tarda 10 días en hacerse, retraso que provoca que (...) tengan que intervenirme de urgencia por haberseme producido una peritonitis y otros hallazgos intraabdominales (...), trombosis de la vena mesentérica y sepsis asociada a fallo hepático, con un gravísimo riesgo quirúrgico”, a lo que hay que añadir que “existe la secuela consistente en trombosis de la vena mesentérica (...), que entiendo es (...) de gravedad, “teniendo en este momento, debido a ello, una circulación colateral”.

Por último, desglosa el montante total de su pretensión resarcitoria en los siguientes conceptos: “20 días hospitalarios”, 1.309,60 €; “242 días impeditivos”, 12.874,40 €; 10% de factor de corrección, 1.418,40 €; “secuela de cicatriz (perjuicio estético)”, 5.497,60 €; “secuela de trombosis de la vena mesentérica”, 60.000 €; la “secuela de intervención y riesgo quirúrgico” que padeció, 45.000 €, y “daños morales” 25.000 €.

9. Con fecha 5 de enero de 2011, una Inspectora de Prestaciones Sanitarias de la Dirección General de Planificación y Evaluación solicita al Director Gerente del

hospital un informe del Servicio de Cirugía General sobre el contenido de las alegaciones del reclamante.

**10.** El día 28 de enero de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Cirugía General. En él se manifiesta que “con fecha 7 de julio de 2010 hemos enviado informe (...) en el que se explicaba la situación del paciente. Desde ese informe al momento actual el Servicio de C. General sigue sin tener noticias del paciente”.

**11.** Con fecha 3 de febrero de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita al Director Gerente del hospital un informe del Servicio de Admisiones en el que “nos confirmen si el reclamante fue asignado al Servicio de Digestivo (...) en el proceso asistencial objeto de litigio”. En idéntica fecha, solicita a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del reclamante, así como un informe de su médico de cabecera.

**12.** Mediante escrito de 14 de febrero de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del hospital remite al Servicio instructor un escrito del Servicio de Digestivo en el que se aclara que el paciente “no tuvo ninguna consulta con el Servicio de Digestivo (médico)”, sino que fue atendido por el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo (quirúrgico)”.

**13.** El día 16 de febrero de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias reitera a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica solicitada y el informe del médico de cabecera del interesado. Con fecha 18 de febrero de 2011, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor la historia clínica y el informe solicitado.

En la historia clínica aparece anotado, con fecha 2 de octubre de 2011, que “fue a Urgencias el día 29 y 30 de septiembre por dolor abdominal. Leucocitosis de 20.000. Posteriormente bajaron a 14.000. Ecografía abdominal: apéndice no identificado, no líquido libre. Resto normal. Ahora sigue con fiebre alta y dolor abdominal, ha empezado con diarrea, tiene el abdomen distendido, adenopatías laterocervicales, creo que el dolor abdominal es por adenitis mesentérica, lo mantengo con Efferalgan 1/6 y Primperan como le dijeron en el hospital, y observación abdominal dolor”; el día 4, “de nuevo fiebre hasta 39,8°, cede con paracetamol solo durante 2 horas. Resto de síntomas en mejoría. Tª: 38,5°./ Prescripción (...) Metamizol Normon”; el día 5, “Metamizol im ahora x om”; el día 10 de octubre, “ingresado en hospital por peritonitis y trombosis mesentérica”. Su Médico de Familia constata en un informe, fechado el 15 de febrero de 2011, que “desde el episodio de peritonitis + trombosis mesentérica hace somatizaciones diversas, la última, episodios de taquicardia que fueron valorados por cardiólogo con prueba de esfuerzo sin encontrar causa orgánica (...). La historia actual, salvo lo antes reseñado es anodina”.

**14.** Con fecha 4 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella manifiesta que, frente a la afirmación del reclamante de que “el diagnóstico no se hizo de forma diligente”, es preciso dejar constancia de que cuando acude al Servicio de Urgencias del hospital por dolor abdominal y vómitos se le realizan “las exploraciones necesarias según protocolo operativo” y que cuando acude de nuevo, “a los seis días por persistir el dolor, la fiebre y los vómitos”, se sospecha “hepatitis vírica”, por lo que es ingresado y “se le realiza un TAC a las 48 horas que confirma diagnóstico de apendicitis aguda evolucionada con trombosis mesentérica, siendo operado de urgencia y de forma correcta”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 1 abril 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.-** 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 ciertas irregularidades, tales como la parquedad de los informes que libran algunos de los Servicios afectados -resultando insuficiente la mera remisión a los obrantes en la historia clínica, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes- o la omisión del oportuno traslado al interesado de la documentación que se incorpora al expediente tras denunciar aquel su carencia en el trámite de alegaciones. En todo caso, de los escritos de este se deduce que conoce el contenido de los traídos tardíamente al expediente, sin que nada obste su derecho de defensa ni la resolución sobre el fondo.

Por último, 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.

**CUARTA.-** 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 concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

**QUINTA.-** Interesa el reclamante el resarcimiento de los daños y perjuicios derivados del tardío diagnóstico de la apendicitis aguda que sufría, dilación que le provocó una trombosis de vena mesentérica por émbolos sépticos y le abocó a una intervención quirúrgica de urgencia cuyo “elevado riesgo” afirma desconocer al tiempo de practicarse.

Acreditada la realidad de un daño, tal como se constata en la historia clínica incorporada al expediente, hemos de reparar en que la pretensión deducida se dirige al resarcimiento de unos concretos perjuicios que el interesado desglosa en su escrito de alegaciones: “20 días hospitalarios” (obvia aquí el reclamante que toda intervención quirúrgica requiere de un tiempo de hospitalización), “242 días impeditivos” que siguieron a aquellos (cuya prueba cumplida no consta), una “secuela de cicatriz (perjuicio estético)”, una “secuela de intervención y riesgo quirúrgico”, lo que denomina “secuela de trombosis de la vena mesentérica” y “daños morales”.

A la vista de esta invocación de daños, es indudable que la *causa petendi* se contrae a la tardanza en el diagnóstico, pues la sepsis y la trombosis ya están entonces presentes y no pueden vincularse a la cirugía, que resultó exitosa. Se observa, asimismo, una cierta confusión terminológica, ya que el reclamante tilda -errónea o interesadamente- de “secuela” a la trombosis

padecida, cuando es un episodio puntual, y añade otra secuela de “riesgo quirúrgico” difícilmente deslindable del daño moral que cuantifica con separación.

Hechas estas precisiones, hemos de partir de que la mera existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 apreciarse la concurrencia de los demás requisitos que determinan tal declaración de responsabilidad, comenzando por el relativo al plazo para el ejercicio del derecho.

A este respecto, 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”.

Este Consejo ha reiterado en dictámenes anteriores que el primer criterio legal para la determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación es el del momento del hecho dañoso (en el presente supuesto, el del tardío diagnóstico); sin embargo, si el efecto lesivo se manifiesta con posterioridad habrá que estar a dicho momento, en cuyo caso el *dies a quo* será el del momento de la curación o el de la determinación definitiva del alcance de las secuelas o de su estabilización.

En el asunto examinado, la reclamación se presenta con fecha 15 de junio de 2010 y el diagnóstico de la apendicitis y el trombo séptico tiene lugar el día 8 de octubre de 2008, abordándose inmediatamente y causando alta hospitalaria el paciente el día 25 del mismo mes y año, con anticoagulación y antibioterapia. Desde entonces acude a revisiones, la evolución es favorable y, con fecha 14 de abril de 2009, el Servicio de Cirugía General solicita un estudio hematológico a fin de valorar la retirada del tratamiento anticoagulante,



constando en un informe del mismo Servicio que recibe “el alta en consultas el 16-06-09, recomendando (...) vigilancia por su MAP, si hace falta”. En suma, el reclamante parece hacer valer esa fecha de “alta en consultas” de Cirugía General para sustentar su pretensión, pero hemos de notar que todo el daño cuyo resarcimiento se impetra ha quedado fijado o estabilizado con anterioridad.

Así, los “242 días impeditivos” que el interesado invoca por referencia al alta en consultas no son cabalmente tales, pues el Servicio de Cirugía venía someténdole a revisiones periódicas al objeto de controlar su evolución, pautándosele siempre el mismo tratamiento -anticoagulantes- que se le prescribió al tiempo del alta hospitalaria, sin que se constate la incompatibilidad entre dicha medicación y la vida ordinaria del paciente. Tampoco cabe vincular el tratamiento de anticoagulantes a la curación de la trombosis en vena mesentérica, ya que esa medicación es puramente precautoria de ulteriores trombos y no curatoria de una concreta obstrucción ya resuelta. En efecto, ya hemos señalado que la trombosis sufrida no es, en rigor, una secuela, sino un episodio crítico que el perjudicado supera con la intervención quirúrgica que se le practicó en octubre de 2008. Comparten esta misma datación la “secuela de cicatriz (perjuicio estético)”, la “secuela de intervención y riesgo quirúrgico” y los “daños morales”, habida cuenta de que en nada empeora el paciente tras el alta hospitalaria.

Aun atendiendo a las limitaciones que, en su más amplio sentido, puedan anudarse a la patología sufrida -queda documentada la necesidad de “prevención de trombosis”-, se concluye que la reclamación es extemporánea. Siguiendo la doctrina sentada por este Consejo, cabe entender que en los casos de reclamación de indemnización por imputarse al servicio sanitario un riesgo abstracto de trombosis el *dies a quo* es aquel en que se conozcan definitivamente (obviamente, por el perjudicado o interesado) los efectos del quebranto, o se concreten definitivamente o se establezcan sus secuelas. Sin

embargo, la calificación de la presencia de ese riesgo como un daño potencialmente continuado no convierte el hecho de padecerlo en un tipo de daño que, en sí mismo y sin otras manifestaciones lesivas, permita considerar abierto de modo indefinido el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial. Para ello es necesario que la patología de base del paciente -la propensión al trombo- le origine posteriores daños o secuelas novedosas, cuya evaluación definitiva escape a las posibilidades de aquel momento inicial en que quedó fijado el cuadro de origen. En suma, solo cuando se desencadena una patología derivada de aquella base deficitaria, al ser el daño de naturaleza continuada, el plazo de un año para la reclamación de responsabilidad patrimonial se computa atendiendo al momento de curación de las nuevas dolencias o de fijación de sus secuelas.

En el supuesto examinado -aun admitido el engarce fáctico entre la intervención tardía y las limitaciones que hoy sufre el paciente-, aparece en su historia clínica un informe fechado el 10 de junio de 2009 -más de un año antes, por tanto, del escrito de reclamación- en el que se aprecia la necesidad de “prevención de trombosis en situaciones de riesgo (cirugía, inmovilización, encamamiento prolongado y viajes en avión superiores a 3 horas)”, sin que, en definitiva, se constaten en lo actuado otras limitaciones o dolencias distintas de las ya conocidas por el paciente al recibir el alta hospitalaria. Su médico de cabecera informa, el 15 de febrero de 2011, que “su historia actual (...) es anodina”, salvo unos “episodios de taquicardia que fueron valorados (...) sin encontrar causa orgánica”.

Sentada, por tanto, la extemporaneidad de la reclamación, y en consecuencia la conclusión en sentido desestimatorio del presente dictamen, cabe reparar en que tal desestimación no variaría en el caso de haberse ejercitado la acción resarcitoria en plazo, por cuanto todos los informes técnicos obrantes en el expediente coinciden en que las pruebas y el tratamiento practicados se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentaba en cada

momento -sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado-. Huelga señalar que no se atisba fundamento en la pretensión indemnizatoria de la “secuela de cicatriz (perjuicio estético)” -daño iatrogénico asociado a una cirugía de todo punto necesaria, aunque mediare un diagnóstico precoz-, ni de la llamada “secuela de intervención y riesgo quirúrgico”, que comparte ese carácter inevitable y evoca una significación que solo puede entenderse aminorada por el éxito de la cirugía y el desconocimiento por el reclamante -según sus propias manifestaciones- de la complejidad de la operación al tiempo de practicarse.

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.