

Expediente Núm. 32/2014
Dictamen Núm. 59/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de abril de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de febrero de 2014 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la asistencia dispensada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de marzo de 2013, un procurador, en nombre y representación del interesado, presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la existencia de una “mala praxis médica” en la asistencia que se le prestó en el Hospital La reclamación tiene entrada en

el Registro General de la Administración del Principado de Asturias el día 27 de marzo de 2013.

En el relato de hechos, el reclamante, de 22 años de edad, reproduce de forma parcial informes de varios servicios del hospital que adjunta a la reclamación.

Así, el hecho primero de la reclamación se refiere a la asistencia que se le dispensa los días 14 y 15 de abril de 2010, en el Servicio de Urgencias, por dolor abdominal. Relata hallazgos de Rx del día 15 de, entre otros, “no masa o plastrón inflamatorio (ecografía)”. Adjunta informes de Urgencias y “resultado de la ecografía”.

En el hecho segundo de la reclamación se recoge la asistencia prestada entre los días 22 de noviembre de 2010 y 22 de febrero de 2011 por dolor abdominal y diagnósticos de apendicitis y enfermedad de Crohn. Refiere que el día 22 de noviembre de 2010 “es enviado al Hospital a consultas externas”, con los síntomas que indica. Acompaña informe de esa fecha en relación con “apendicitis aguda, tratamiento: cirugía” y resultados de ecografía y anatomía patológica del día 26 de noviembre de 2010.

Detalla las pruebas que se le practicaron, cuyos informes adjunta. Se trata de una ecografía abdominal del día 20 de diciembre de 2010, con “cambios posquirúrgicos (...), plastrón inflamatorio”; una colonoscopia del día 23 de diciembre con “deformación del ciego (...) que alcanza zona de válvula ileocecal que está estenosada y de la que sale secreción purulenta. No se ven (...) divertículos”, y en cuyo informe “se añade una nota en la que puede tratarse de un Crohn, pero no puede descartarse que se trate de una complicación quirúrgica (abscesificación)”, y un TC de abdomen y pelvis del día 28 de diciembre “sugestivo de enfermedad de Crohn”.

Manifiesta que el día “29 de diciembre de 2010, con el diagnóstico anterior, se le prescribe Augmentine” e ingreso en planta el 5 de enero de 2010, y adjunta informe de 11 de enero de 2011, de biopsia de la válvula ileocecal, con “diagnóstico de alteraciones inflamatorias crónicas, sin criterios de especificidad”.

Del informe de alta hospitalaria de 14 de enero de 2011 (documento núm. 12) resalta que “durante la intervención se aprecia plastrón (...) y en la ecografía se sigue apreciando un plastrón (...), cambios posquirúrgicos, imágenes de absceso en el TC e imágenes sugestivas de enfermedad de Crohn en el tránsito realizado”.

Concluye la relación de este antecedente aludiendo a un informe de 28 de enero de 2011, con diagnóstico de enfermedad de Crohn, y a otro de 22 de febrero de 2011 del Servicio de Digestivo, con el mismo diagnóstico y la indicación que “se le revisa en 8 semanas”.

Relata a continuación las consultas a que acudió entre el 20 de septiembre de 2011 y el 20 de febrero de 2013. Incluye consultas al Servicio de Urgencias los días 20 de septiembre y 8, 11 y 17 de octubre por “brote de Crohn” o “dolor abdominal en paciente con entidad de Crohn”, de las que acompaña informes. Refiere síntomas, tratamientos pautados, derivación a Digestivo y realización de ecografía el día 28 del mismo mes de octubre en la que se aprecia “colección inflamatoria a nivel de la fosa ilíaca derecha (que podía ser accesible por punción)”, así como ingreso en Urgencias remitido por Digestivo el día 31 de octubre de 2011 por “absceso en FID en paciente con entidad de Crohn”.

Aporta el informe de alta, de fecha 4 de noviembre de 2011, en el Servicio de Digestivo, en el que se indica que presenta “TC: enfermedad de Crohn (...), adenopatías (...), con absceso en pelvis (...) que mide casi 5 cm de diámetro. Diverticulosis”. Especifica el tratamiento pautado y “que se avisará para ecografía y punción”.

Señala que el día 10 de noviembre de 2011 se le realiza estudio ecográfico y punción y que ingresa el día 17 del mismo mes por “absceso en la fosa ilíaca derecha”. El día 22 de noviembre se le practica TC de abdomen e intervención urgente, efectuándose “resección del intestino delgado con cierre del ciego”. Durante “el posoperatorio inmediato presenta un cuadro de depresión reactiva que precisa tratamiento psiquiátrico”.

Se establece el juicio diagnóstico de “peritonitis secundaria a perforación de íleon terminal./ Plastrón apendicular sobreinfectado por *Candida albicans*./ Depresión reactiva”.

Afirma que “la etiología infecciosa es la causante del cuadro clínico. Supuran incluso las adenopatías./ Los tejidos epiploicos presentan intensa infiltración inflamatoria aguda y abscesificación, según estudio histológico, además de lo descrito en el informe de alta”.

Adjunta informe de 6 de diciembre de 2011, del que resalta el “tratamiento prescrito”.

Refiere un nuevo ingreso hospitalario el día 24 de marzo de 2012, “siendo intervenido a los dos días, realizándole liberación de adherencias y anastomosis ileocólica”. Manifiesta que “en el informe de Anatomía Patológica se aprecian zonas de mucosa hemorrágica y submucosa muy congestiva”.

Acompaña informe de un especialista en Digestivo de 24 de septiembre de 2012, según el cual “en la actualidad presenta 7 deposiciones líquidas al día, con dolor abdominal cólico”, e informe de 20 de febrero de 2013 del Servicio de Cirugía.

Expone que, por otro lado, “es diagnosticado por el Servicio de Salud Mental de trastorno adaptativo mixto” y especifica el tratamiento prescrito.

Afirma que permaneció en situación de baja laboral desde el día 23 de noviembre de 2010 hasta el 7 de marzo de 2011, en que fue dado de alta por mejoría, y en la actualidad desde el día 11 de octubre de 2011. Adjunta “parte de baja y último parte de confirmación, y (...) Resolución del (Instituto Nacional de la Seguridad Social) reconociéndole prórroga de la situación de incapacidad temporal por plazo máximo de 180 días”.

Evalúa los daños “prudencialmente, tomando como referencia mínima y orientativa el sistema de valoración instaurado por la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, en la suma” de dos millones de euros (2.000.000,00 €), precisando que la indemnización habrá de incrementarse “con los intereses del art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro”,

especificando que la reclamación se dirige, asimismo, “contra la compañía aseguradora” con la que se tenga contratada la responsabilidad civil.

Solicita que se le reconozca el derecho a la indemnización indicada y actualizada.

Por medio de otrosí, interesa, entre otros extremos, que se proceda a la práctica de prueba documental, consistente en incorporación de la historia clínica del paciente en el Hospital y en el Centro de Salud Mental y que se tengan por reproducidos los documentos que aporta, pericial testifical del especialista en Medicina Legal y Forense “para que ratifique el informe que se acompaña” y “pericial judicial de un perito médico, especialista en Medicina Legal y Forense, para que (...) emita informe en que manifieste su conformidad o disconformidad con las conclusiones” del doctor que realizó el informe que adjunta.

Dicho documento es un informe sobre el paciente realizado por un especialista en Medicina Legal y Forense el día 16 de enero de 2013, tras examinar los del Hospital referenciados en la reclamación. El informe considera que hubo “una mala praxis médica, ya que los resultados se podían haber evitado”. Estima días improductivos “hasta que se considere que está estabilizado y sea visto por el EVI” y días de hospitalización “que no valoramos porque no se pueden deducir de la historia clínica aportada”, así como secuelas de 20 puntos por “yeyuno-ilectomía parcial”, 15 puntos por síndrome post-conmocional (cefaleas, vértigos, trastornos del sueño, de la memoria, del carácter y de la libido)” y 10 puntos por perjuicio estético moderado, consistente en cicatrices de las distintas intervenciones quirúrgicas. Indica que, “según la (...) ley, en la valoración de las secuelas es compatible su resarcimiento con el coste de las intervenciones de cirugía plástica para su corrección. La imposibilidad de corrección constituye un factor que intensifica la importancia del perjuicio”. Consigna asimismo factor de corrección, pues “las secuelas descritas tienen una entidad suficiente como para ser constitutivas de una incapacidad permanente absoluta: su patología psiquiátrica, añadida a los

efectos de la propia medicación, diarreas, dolores abdominales, decaimiento, dificultad en las relaciones familiares y sociales”.

Se adjunta a la reclamación “poder para pleitos con la facultad especial del artículo 414.2 de la LEC”, otorgado a favor de, entre otros profesionales, el procurador que presenta la reclamación en su nombre y representación el día 20 de marzo de 2013.

2. Con fecha 11 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica al interesado 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 de 11 de abril y 27 de mayo de 2013, el Subdirector de Gestión del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del historial médico y los informes emitidos por los Servicios de Cirugía General y de Digestivo.

En el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General el 8 de abril de 2013 se indica que “este paciente tenía los consentimientos informados para las dos intervenciones y los dos informes de intervención quirúrgica. Las historias clínicas del (Hospital) están informatizadas desde junio de 2009, por lo que el curso clínico evolutivo y las anotaciones de hospitalización de enfermería deberán consultarse por medios informáticos (...). En el estudio histológico de la resección realizada (...) se comprueba la existencia de una (enfermedad) inflamatoria intestinal, tanto por la perforación transmural como por los ganglios inflamados y con pus./ La enfermedad inflamatoria intestinal puede afectar al intestino delgado o al intestino grueso, en este caso afectaba al intestino delgado a nivel de íleon terminal, que es por otro lado su localización más frecuente (...). En lo que se refiere al orificio apendicular, el apéndice está situado en el colon, concretamente en el ciego. Hablamos de dos patologías diferentes -apendicitis y enfermedad inflamatoria

intestinal- y de localización distinta que pueden concurrir en el mismo paciente (...). El tratamiento dado en el Servicio de Cirugía General a este paciente es adecuado y correcto desde su primer ingreso, de acuerdo con las directrices de la literatura actual". Añade que "siempre que se presenta una enfermedad inflamatoria intestinal hay que intentar por todos los medios (...) ofrecer un tratamiento conservador, ya que el índice de recidivas de la enfermedad es alto, y solamente se deben intervenir las complicaciones, siendo las más frecuentes la estenosis y las perforaciones. En este caso coincide con esta segunda (perforación)". Señala, finalmente, que "el último control del paciente en el Servicio de Cirugía fue el 25-01-13, no se apreciaban problemas quirúrgicos, refería únicamente diarreas, por lo que se remite al Servicio de Digestivo para seguimiento y tratamiento".

El día 24 de mayo de 2013, el Servicio de Digestivo emite informe en el que pone de manifiesto que "los datos clínicos y la evolución del paciente sugieren una enfermedad de Crohn que probablemente comenzó en abril de 2010. La clínica atípica sin aparición de fiebre y solo con datos indirectos de inflamación, como la PCR elevada, justifican en parte el diagnóstico tardío de la enfermedad (...). La otra posibilidad diagnóstica, altamente improbable, es que el paciente hubiera presentado una apendicitis aguda en abril de 2010, con absceso apendicular y clínica típica, puesto que en ningún momento tuvo fiebre, y la evolución posterior y la lesión del íleon terminal, la perforación y la peritonitis localizada fuera consecuencia de un absceso apendicular de meses de evolución. Esta posibilidad es poco probable por la evolución y porque tras la resección del asa del íleon terminal presenta lesiones en la colonoscopia que se realizó un año después, en abril de 2013, que sugieren enfermedad de Crohn (...). Debemos destacar que en nuestra opinión el paciente recibió una atención adecuada, realizándose múltiples revisiones, ingresos, pruebas diagnósticas y tratamientos, de acuerdo con el diagnóstico del que se disponía en cada momento. No se debe olvidar que la enfermedad inflamatoria intestinal es compleja, con manifestaciones muy variadas y a veces atípicas que hacen difícil (el) diagnóstico y el manejo de la enfermedad". Destaca que "actualmente el

paciente no presenta patología intestinal importante y que está respondiendo adecuadamente al tratamiento con resincolestiramina”.

4. Con fecha 18 de noviembre de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En el apartado de valoración describe la clínica y las pruebas a realizar para el diagnóstico de la apendicitis y de la enfermedad de Crohn y, por lo que al caso se refiere, considera que en las diferentes atenciones prestadas por los Servicios de Urgencias, de Digestivo y de Cirugía del Hospital “las pruebas diagnósticas solicitadas fueron las indicadas en función de la clínica” que manifestaba el paciente y los datos obtenidos de la exploración física. Afirma que “los datos clínicos y la evolución (...) es compatible con el diagnóstico de una enfermedad de Crohn, para la que se instauró el tratamiento médico apropiado”, y que ello “no es incompatible” con el hecho de que “haya presentado además una apendicitis aguda para la que se realizó el tratamiento quirúrgico adecuado”.

Subraya que el reclamante dio su consentimiento informado previo a la realización de los diferentes tratamientos quirúrgicos y concluye que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

5. El día 25 de noviembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una 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. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 4 de diciembre de 2013 por cuatro especialistas, tres de ellos en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él señalan que el término enfermedad inflamatoria del intestino se utiliza de manera genérica para referirse a

enfermedades inflamatorias de tipo crónico que tienen un curso recurrente y son de etiología desconocida, precisando que engloba básicamente la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, aunque hay otras que cursan con inflamación intestinal y pueden tener manifestaciones clínicas similares.

Concluyen que el paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital “por un cuadro de dolor abdominal en FID e hipogastrio. Tras las oportunas exploraciones clínicas, analíticas y de imagen el diagnóstico de sospecha es de apendicitis aguda (...). Antes de la cirugía firmó el documento de (consentimiento informado) para cirugía, para laparotomía por sospecha de apendicitis aguda (...). En la cirugía se aprecia una afectación del íleon terminal con plastrón inflamatorio y una apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía sin que se describan incidentes (...). La anatomía patológica confirma el diagnóstico de apendicectomía tras el examen macro y microscópico de la pieza (...). Ingresó unas 4 semanas más tarde con un cuadro de dolor abdominal y diarreas. Tras los oportunos estudios durante el ingreso es diagnosticado de enfermedad de Crohn (y) se deriva al Servicio de Digestivo para tratamiento médico (...). Es perfectamente posible la existencia de una apendicitis aguda en el curso de una enfermedad de Crohn (...). La enfermedad de Crohn cursa en brotes y su tratamiento es médico, debiendo reservarse la cirugía para el tratamiento de las complicaciones (...). Unos meses más tarde el paciente presenta un nuevo brote de la enfermedad, siendo tratado en el Servicio de Digestivo. La evolución es hacia una fístula con perforación del íleon terminal, lo que causa un abdomen agudo del que es intervenido de manera correcta (...). La cirugía realizada, resección sin anastomosis, cirugía en 2 tiempos, es correcta y acorde con el estado de la ciencia. En un segundo tiempo, unos meses más tarde, se procedió a reconstrucción del tránsito sin incidentes (...). De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir (...) que todos los profesionales que trataron al paciente en el Servicio de Cirugía del Hospital (...) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis ad hoc*”.

7. Con fecha 9 de enero de 2014, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios un oficio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en el que se requiere la remisión del expediente administrativo, al haber interpuesto el reclamante recurso contencioso-administrativo.

Mediante oficio de 20 de enero de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios remite al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias la copia solicitada.

8. El día 13 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 14 de enero de 2014, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que “no procede evacuar el trámite conferido” al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, “estando a lo que se resuelva en vía judicial”.

9. El día 22 de enero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Afirma que “parece probado que el paciente padecía una enfermedad de Crohn cuyo diagnóstico resultó en extremo difícil ante la ausencia de los síntomas típicos de dicha entidad, pese a que se utilizaron los estudios complementarios adecuados para ello. Concomitantemente (...) presentó un cuadro de dolor abdominal etiquetado como una apendicitis aguda que, con el consentimiento del paciente, fue tratada quirúrgicamente. El diagnóstico inicial se vería confirmado posteriormente por los estudios anatomopatológicos efectuados sobre la pieza extirpada./ Semanas más tarde (...) presentó un nuevo cuadro de dolor abdominal y diarrea ingresando en el

(Hospital). Fue etiquetado de enfermedad de Crohn y derivado al Servicio de Digestivo para iniciar tratamiento conservador./ Varios meses después el enfermo presentó un nuevo brote, ingresando en el (Hospital) y siendo tratado por el Servicio de Digestivo. El proceso evolucionó de forma desfavorable hacia una fístula con perforación del íleon terminal, produciendo un cuadro de abdomen agudo que requirió una intervención quirúrgica de urgencia para la resección del segmento afectado. En un segundo tiempo quirúrgico, transcurridos unos meses, el paciente fue reintervenido para la reconstrucción del tránsito intestinal”.

Concluye que “analizada la documentación clínica y los distintos informes médicos y periciales obrantes en el expediente queda acreditado de forma fehaciente que la actuación de los distintos profesionales que en el (Hospital) intervinieron en la asistencia sanitaria del perjudicado fue correcta, acorde con el estado de la ciencia en ese momento y conforme con la *lex artis*”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de febrero de 2014, 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 Sanidad, 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, 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 20 de marzo de 2013, por secuelas -según el informe pericial que se adjunta a la reclamación- de yeyuno-ilectomía parcial y síndrome post-conmocional que resultan del informe de alta del Servicio de Cirugía General y Digestivo de 19 de diciembre de 2011, habiendo transcurrido más de un año desde aquella fecha. Ahora bien, entendemos que la determinación del alcance de las secuelas físicas se ha producido el día 4 de abril de 2012, fecha en la que el interesado es dado de alta tras la intervención quirúrgica practicada para el restablecimiento del tránsito intestinal, por lo que es claro que la pretensión de indemnización 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.

Ahora bien, se advierte la omisión de algunas diligencias interesadas en la reclamación, como son la incorporación de la historia clínica del Centro de Salud Mental y la "pericial judicial" en los términos que se señala, sin que conste justificación alguna al respecto. Habida cuenta de que la dolencia mental consta acreditada en el expediente y de que se han emitido informes técnicos sobre la asistencia dispensada al paciente, no se estima necesaria la retroacción del procedimiento para practicar dichas actuaciones, pues es de prever, en buena lógica, que no afectarían al sentido de la propuesta de resolución.

Asimismo, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que el perjudicado atribuye a la asistencia dispensada en un hospital público.

Consta en el expediente que a partir de abril de 2010 y durante el año 2011 el interesado acudió en varias ocasiones al Hospital refiriendo dolor abdominal. También figura que el día 22 de noviembre de 2011 se le realizó resección de íleon terminal -unos 40 cm- por peritonitis generalizada secundaria a perforación de asa de intestino delgado a nivel de íleon, con plastrón apendicular sobreinfectado por *Candida albicans*. Además, presenta depresión reactiva desde el posoperatorio y se encuentra en situación de baja laboral desde el día 11 de octubre de 2011, por lo que debemos apreciar la realidad de unos daños físicos y psíquicos cuya evaluación económica realizaremos más adelante si procede.

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 este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

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

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*.

Resulta del examen del expediente que el paciente acudió al Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal en diversas ocasiones, localizándose este en la fosa ilíaca izquierda en abril de 2010 y desde noviembre de ese año en la fosa ilíaca derecha. También consta en aquel que el día 22 de noviembre de 2010 se le practicó una apendicectomía y que al mes siguiente ingresó para estudio del dolor, diagnosticándosele, tras realización de colonoscopia, TC y tránsito intestinal, enfermedad de Crohn, por lo que es derivado al Servicio de Digestivo. El 22 de febrero de 2011 es atendido por vez primera en este Servicio, acudiendo a revisión el 26 de julio del mismo año y pautándosele revisión en 10 semanas. Posteriormente, acude al Servicio de Urgencias los días 20 de septiembre y 8 y 11 de octubre de 2011 por dolor abdominal que se consideró un brote de Crohn. El 28 del mismo mes es visto por el Servicio de Digestivo, que solicita una ecografía en la que se aprecia una "colección anecogénica de unos 5 cm". El 4 de noviembre de 2011 un TC muestra una imagen no típica de "absceso" y el 10 de noviembre se le realiza PAAF, identificándose *Candida albicans*. Ingresa el 17 de noviembre de 2011 para tratamiento y, tras una evolución inicial favorable, el día 22 sufre un empeoramiento de la afectación intestinal, siendo intervenido de urgencia y practicándosele resección de íleon terminal. Durante la operación se observa un plastrón inflamatorio que abarca por lo menos 40 cm de intestino delgado, según consta en el informe de alta de 19 de diciembre de 2011.

El propio reclamante reconoce las consultas y las pruebas que se le dispensaron, adjuntando a la reclamación los informes correspondientes. No obstante, aporta el informe de un especialista en Medicina Legal y Forense en el que se concluye que “de las actuaciones (...) se deduce una mala praxis médica, ya que los resultados se podían haber evitado”.

Afirma el especialista que “no se aporta o no existe consentimiento informado de ninguna de las intervenciones. Tampoco (...) hoja de quirófano (...), de anestesia (...), del personal de enfermería de quirófano, ni las hojas de tratamiento en la planta y evolución del paciente”. Sostiene también que “las anamnesis de las historias clínicas son incompletas. En ninguna de las realizadas cuando acude con el cuadro de abdominalgia se hace referencia a que en el año 2001 se le realizó una ecografía abdominal./ El 26-4-88 ingresó para descartar estenosis hipertrófica de píloro y el 17-04-07 se le realiza una biopsia gástrica presentando ligera gastritis crónica superficial (ligero infiltrado inflamatorio inespecífico). No H. pílori”.

Examinada la historia clínica del perjudicado, constan en ella (folios 323, 324, 349 y 412) los consentimientos suscritos por el paciente para todas las intervenciones que se le practicaron; las hojas de descripción de las operaciones realizadas el 22 de noviembre de 2010 -apendicectomía-, el 22 de noviembre de 2011 -resección íleon terminal- y el 26 de marzo de 2012 -restablecimiento del tránsito intestinal- (folios 409, 360 y 335); las gráficas de anestesia intraoperatoria (folios 413, 346 y 328); las hojas quirúrgicas de enfermería (folios 418, 361 y 334); las hojas de órdenes terapéuticas (folios 416, 353 y 331), y las notas de progreso del curso clínico hospitalario (folios 225 y siguientes, en orden cronológico inverso).

En cambio, no constan en la historia clínica los antecedentes referidos por el autor del informe, ni siquiera se ha acreditado que los mismos correspondan al reclamante. Además, pesaba sobre este la obligación de haberlos referido a los facultativos actuantes, por lo que su omisión no revela mala praxis. En cualquier caso, los daños alegados no se vinculan a las intervenciones quirúrgicas practicadas, ni a la falta de los antecedentes

consignados, por lo que eventuales defectos en relación con estos aspectos documentales de la asistencia dispensada no guardan relación alguna con la responsabilidad reclamada.

Igualmente, se señala en el informe pericial aportado por el reclamante que el paciente acude "el 14-4-10 (...) a Urgencias por dolor abdominal y vómitos, haciendo referencia (...) el informe a nuevos episodios similares previos. Sin embargo, no se le ingresa y se le manda a su domicilio en observación. Vuelve al día siguiente con el mismo cuadro clínico, añadiendo el médico que presenta dolor en la fosa ilíaca izquierda (el apéndice está en la derecha). En el estudio radiológico se hace referencia a (...) no plastrón. (...). Entendemos que no se puede deducir de una simple radiografía que no existe plastrón", por lo que "se puede deducir que la exploración es incompleta, y sobre todo la anamnesis"; por tanto, "la actuación médica es (...) incorrecta". Se añade que "el 22-11-10 (a los siete meses) es remitido de nuevo al hospital con el diagnóstico de apendicitis. Observando en un TC de abdomen la existencia de un plastrón apendicular y burbuja de aire. Plastrón que entendemos ya tenía en las anteriores consultas de Urgencias. Se le diagnostica de apendicitis, destacando que en el informe médico, como en otros anteriores, no se realiza una exploración física".

Pese a estas afirmaciones, no cabe apreciar incorrección en la asistencia dispensada al interesado. Por lo que se refiere a la prestada el día 14 de abril de 2010, la existencia de episodios previos de dolor abdominal -en los que no precisó asistencia facultativa- no determina la necesidad de ingreso hospitalario, pues ello supondría dejar dicha decisión en manos del paciente. En cualquier caso, este no regresó a Urgencias antes de las 24 horas recomendadas, por lo que no hay constancia de un empeoramiento que requiriera actuación médica alguna, lo que demuestra que la falta de hospitalización fue totalmente irrelevante en el caso.

Por lo que se refiere a la actuación del día 15 de abril de 2010, en el informe del Servicio de Urgencias consta -en el apartado relativo a exploración física- que mostraba, entre otros hallazgos, dolor sin defensa en la fosa ilíaca

izquierda, no en la derecha, por lo que no afectaba al apéndice. Por otro lado, el informante no especifica qué maniobras se omitieron, por lo que no cabe estimar que la exploración fuese incompleta. Pero es más, ese mismo día se le realizó al paciente una ecografía de abdomen -no una simple radiografía, como indica el especialista- en la que no se aprecia plastrón, y así se reconoce en la reclamación al referirse al resultado de dicha prueba "(ecografía)", adjuntando el informe correspondiente. El reproche relativo a la imposibilidad de deducir de una simple radiografía ese hallazgo queda, pues, desvirtuado.

El informante no consigna los presupuestos médicos que -partiendo del hallazgo de un plastrón en las pruebas de imagen que se efectuaron al paciente el 22 de noviembre de 2010- le permiten deducir su existencia en las anteriores consultas a Urgencias los días 14 y 15 de abril del mismo año. En cualquier caso, la realización de una ecografía el 15 de abril de 2010 en la que no se apreció el plastrón permite descartar su existencia en las citadas fechas. Por otra parte, y en contra de aquellas afirmaciones, consta acreditado en expediente que el 22 de noviembre de 2010 se llevó a cabo no solo una exploración física, sino también una intervención quirúrgica urgente para el tratamiento de la apendicitis, pues así resulta del informe del Servicio de Cirugía General y Digestivo de esa misma fecha que se adjunta a la reclamación, de la hoja de descripción de la intervención y del informe de alta del Servicio de Cirugía General y Digestivo de 26 de noviembre de 2010 (folios 410 y 411). Es más, el propio reclamante adjunta el informe de la biopsia de la pieza tomada ese día, en cuyo apartado "macro" figura anotado "apendicectomía de 7 cm de longitud".

A continuación, reseña el especialista que "se le realiza colonoscopia el 23-12-10; es decir, que aunque ha sido diagnosticado de apendicitis no se plantea intervención quirúrgica y se le solicita tiempo después esta prueba complementaria en la que se hace referencia a secreción purulenta, no realizándose una toma para cultivo y hallazgo del germen que la produce./ Se le solicita un TC en el que se le diagnostica de sugestivo de enfermedad de Crohn", por lo que "no se confirma el diagnóstico./ El cirujano lo etiqueta de

enfermedad inflamatoria intestinal y de absceso intestinal”, por lo que tampoco se “confirma la enfermedad de Crohn./ Nos llama la atención que no se haya realizado una biopsia intestinal en la colonoscopia para objetivar el tipo de inflamación intestinal, y aún más que se le prescriba un antibiótico sin conocer el germen que produce el absceso, que, como se demostró posteriormente, fue por un hongo (*Candida albicans*) y por lo tanto no se debe pautar un antibiótico”. Añade que “el estudio de histología no descarta que el plastrón sea de etiología quirúrgica” y que en un “cultivo se aprecia el crecimiento de un hongo (*Candida albicans*) cuyo tratamiento es el Metrodinazol y no los antibióticos, como se le había pautado anteriormente”, precisando que “fue intervenido el día 22-11-10”.

Ya se ha hecho alusión a la realización de una apendicectomía el día 22 de noviembre de 2010, por lo que la tacha de su omisión resulta totalmente infundada.

En cuanto al reproche de omisión de una biopsia en la colonoscopia practicada el 23 de diciembre de 2010, debe ser rechazado, pues se adjunta a la reclamación el informe correspondiente a la misma en el que consta anotado que “se toman bx. de la zona”, lo que contradice las manifestaciones del perito.

Tampoco cabe apreciar error en el tratamiento pautado el día 29 de diciembre de 2010 por el hallazgo de *Candida albicans*, ya que este se produce casi un año después, concretamente en la punción realizada el 10 de noviembre de 2011.

La etiología quirúrgica del plastrón quedó descartada por las pruebas que se le practicaron al interesado, según resulta de las notas de progreso del curso clínico que obran en la historia clínica. Así, consta en ellas que el día 21 de diciembre de 2010 el facultativo habla con “Digestivo, que me comenta que aunque no puede descartar que el paciente tenga una enfermedad de Crohn (...), todos los datos objetivos hablan de complicación de la cirugía: la anatomía patológica es de apendicitis aguda./ En la hoja de intervención quirúrgica no hablan de alteración del íleon terminal./ El informe del radiólogo del último TAC está informado como plastrón inflamatorio posquirúrgico y en ningún momento

se habla de imágenes iguales a las previas a la cirugía./ Por todo ello decido ingreso y seguimiento en nuestro Servicio”; el 27 de diciembre de 2010, que “todos los datos indican afectación ileal y sugiere EII. En intervención sí se describe edema ileal. En ecografía sí se describe afectación ileal (previas a la intervención). También ha tenido clínica durante un año antes de la intervención./ Espero a TAC para decisión de alta”, y el 29 de diciembre de 2010, que “hablado verbalmente con Rx las imágenes no ofrecen grandes cambios. Sugiere todo ello un Crohn”; en consecuencia, en el informe de alta - que también se adjunta a la reclamación- consta el diagnóstico de “enfermedad inflamatoria intestinal. Absceso intestinal”.

Además, el día 5 de enero de 2011 se le efectuó al interesado un tránsito intestinal baritado que resultó ser “compatible con Crohn de afectación en íleon terminal”, emitiéndose el 28 de enero de 2011 el correspondiente informe de alta en el que figura el diagnóstico de “e. de Crohn” y el oportuno tratamiento “médico”.

Respecto a los diagnósticos de enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad de Crohn, los especialistas en Cirugía General y Digestivo señalan que el término enfermedad inflamatoria del intestino se utiliza de manera genérica para referirse a enfermedades inflamatorias de tipo crónico, que tienen un curso recurrente y son de etiología desconocida, englobando, entre otras, a la enfermedad de Crohn, por lo que no puede sostenerse con base en su uso una falta de diagnóstico. En cualquier caso, como ya señalamos en dictámenes anteriores, un eventual error de diagnóstico o una ausencia del mismo no constituyen por sí mismos causas de responsabilidad patrimonial.

Reprocha también el especialista del interesado en su informe que “no es hasta el 11-1-11 cuando se plantea hacer una biopsia, en la que destacamos que no se hace referencia ni a la enfermedad de Crohn ni a la abscesificación, realizando únicamente el diagnóstico de ‘componente inflamatorio crónico sin criterios de especificidad’” y afirma que “en ningún informe se recoge que el paciente refiera rectorragias, pérdida de peso, diarreas, aftas, etc. como clínica

compatible con la existencia de un Crohn; es más, con el tratamiento medicamentoso empeora”.

A propósito de ambas consideraciones, el Servicio de Digestivo subraya que la enfermedad inflamatoria intestinal es compleja, con manifestaciones muy variadas y a veces atípicas que hacen difícil el diagnóstico y el manejo de la enfermedad, añadiendo que la clínica atípica que el paciente presentaba, sin aparición de fiebre y solo con datos indirectos de inflamación, como la PCR elevada, justifican el diagnóstico tardío de la misma.

Manifiesta, igualmente, el perito del perjudicado que “se aporta informe de Digestivo del 22-2-11 en el que no consta exploración y únicamente se hace referencia a la historia clínica del paciente”.

Examinada la nota de progreso correspondiente, se consigna en ella que el paciente “está bien con 3 de Entocord”; es decir, que no presentaba síntomas físicos susceptibles de ser apreciados mediante exploración, por lo que su situación no la exigía en aquel momento. Además, se deja constancia en la misma de que el Servicio de Digestivo solicita otras pruebas complementarias -“tubercul.”, que resultó negativa, y Rx de tórax y analítica completa, siendo “todo normal salvo ferropenia y microcitosis”- y pauta revisión.

Resalta el informante igualmente que, “abundando en lo que nos parece un comportamiento clínico inadecuado a este paciente con fecha 22 de septiembre de 2011, por los Servicios de Urgencias, donde acude con su patología habitual, se le da el alta con mejoría parcial, teniendo que volver el 8-10-11 por un cuadro febril, prescribiéndole Ciprofloxacino (antibiótico)”.

Sin embargo, no justifica dicha calificación a la vista de los síntomas que presentaba el paciente en aquella fecha, por lo que nos encontramos simplemente ante una afirmación subjetiva. Además, el enfermo no mostraba signos infecciosos ni de obstrucción, y se solicitó una consulta al Servicio de Digestivo, refiriendo cuando acudió a la misma el día 8 de octubre de 2011 dolor de horas de evolución (más de 12) y febrícula por la mañana, lo que no desvirtúa la mejoría apreciada el 22 de septiembre. Todo ello consta en los informes de alta del Servicio de Urgencias correspondientes a dichas consultas.

Pone de relieve, asimismo, el especialista del reclamante que “en la ecografía realizada el 28-10-11 se continua apreciando una imagen inflamatoria en fosa ilíaca derecha, y se aconseja punción”; que “en la colonoscopia se dice que no existen pólipos ni divertículos, pero en el TC (que) se informa el 4-11-11 se le diagnostica de diverticulosis. En esta fecha se sigue sin confirmar el diagnóstico, como se deduce del informe aludido, en el que se sigue diciendo probable Crohn ileal./ Pero es que sigue apuntando que se citará al paciente para ecografía con punción cuando ya se venía aconsejando, entre otras fechas, el 28-10-11”.

Por lo que se refiere a la diverticulosis, es irrelevante la diversidad de hallazgos entre el TC -que la mostraba- y la colonoscopia -que no la apreciaba-, toda vez que entre ambas pruebas -la colonoscopia data del 23 de diciembre de 2010 y el TC del 4 de noviembre de 2011- media casi un año. Además, el informante no establece una relación de causalidad entre la diverticulosis y el daño por el que se reclama.

En cuanto a la punción, queda constancia en el expediente de que dicha prueba se realizó el día 10 de noviembre de 2011, y así lo reconoce el propio reclamante en su escrito inicial, adjuntando además un informe de la misma.

Señala el especialista que “como era de esperar, según la pauta médica reflejada (...), en el TC que se le realiza el 22-11-11 se informa de empeoramiento muy significativo de la afectación intestinal a nivel pélvico./ Añadiendo que aparece líquido libre con adenopatías mesentéricas. Fístulas en los tractos entre asas”. Resalta, igualmente, que el informe de alta hospitalaria de 19 de diciembre de 2011 refiere que “fue ingresado por peritonitis generalizada secundaria a perforación de asa del intestino delgado a nivel de íleon terminal (es decir, a nivel de donde estaba el apéndice), apreciándose durante la intervención quirúrgica un plastrón inflamatorio que abarca por lo menos 40 cm de intestino delgado”. A su juicio, “no hay duda de que no ha existido un control exhaustivo del paciente como para que evolucione hasta presentar un plastrón de ese tamaño”, y resalta que “dicho informe, en su juicio diagnóstico, no (...) hace referencia a la enfermedad de Crohn, refiriendo (...):

peritonitis secundaria a perforación de íleon terminal./ Plastrón apendicular sobreinfectado por *Candida albicans*./ Depresión reactiva./ En el estudio histológico no se hace referencia a enfermedad de Crohn, añadiendo en el informe que supuran incluso las adenopatías”.

A propósito de la localización anatómica indicada por el perito del reclamante, el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital especifica que la enfermedad inflamatoria intestinal afectaba en este caso al intestino delgado a nivel del íleon terminal, y que el apéndice está situado en el colon, concretamente en el ciego, en contra de lo que se afirma en aquel informe. Aclara también que la apendicitis y la enfermedad inflamatoria intestinal son dos patologías diferentes y de localización distinta que pueden concurrir en el mismo paciente. El informe técnico de evaluación y el emitido por los especialistas en Cirugía General y Digestivo también aluden a esta posible concurrencia. Además, tanto la apendicitis como la enfermedad inflamatoria intestinal fueron confirmadas por estudios posteriores.

Por otro lado, las dimensiones del plastrón -por sí mismas- no permiten apreciar insuficiencia en el control realizado, y el informante no efectúa consideración alguna acerca de la posible evolución de un plastrón inflamatorio, teniendo en cuenta que en las pruebas de imagen realizadas en las tres semanas anteriores se apreciaba una colección o absceso de 5 cm. Así consta en el informe de alta del Servicio de Digestivo de 4 de noviembre de 2011 que se acompaña a la reclamación, consignándose en el mismo la impresión diagnóstica de “probable Crohn ileal con plastrón (vs absceso) en FID”.

Las “consideraciones” que efectúa el informe aportado por el reclamante no se apoyan en razonamiento médico alguno; constituyen, en suma, afirmaciones subjetivas del informante sin ningún valor probatorio.

Además, consta acreditado en el expediente que todas aquellas actuaciones cuya omisión se reprocha han sido practicadas o no se ha justificado que fueran obligatorias. Tampoco se aprecian retrasos en su realización o error en los tratamientos pautados o en las pruebas diagnósticas, y en ningún caso se argumenta una relación entre las omisiones, retrasos y

errores que se ponen de manifiesto y el desarrollo del plastrón abdominal que obligó a reseca parte del intestino delgado del paciente, pudiendo afirmarse que fueron irrelevantes en dicho resultado. Es más, no se establecen medios adicionales que pudieran haber impedido el daño -como, según se pretende, debía hacer el servicio público sanitario-, por lo que puede deducirse que era imposible que la actuación facultativa lo evitara.

Todos los informes emitidos en el procedimiento avalan la actuación de los facultativos del Hospital, estimando que fue correcta y adaptada a la *lex artis ad hoc*. Así, el informe técnico de evaluación, tras analizar el caso, considera que en las diferentes atenciones las pruebas diagnósticas solicitadas fueron las indicadas en función de la clínica que refería el paciente y los datos de la exploración física. Los especialistas en Cirugía General y Digestivo afirman que cuando el paciente ingresa por cuadro de dolor abdominal y diarreas se le realizan estudios que permiten diagnosticar la enfermedad de Crohn y derivarlo al Servicio de Digestivo para tratamiento médico, toda vez que la enfermedad de Crohn cursa en brotes y debe reservarse la cirugía para hacer frente a las complicaciones. Unos meses más tarde el paciente presenta un nuevo brote de la enfermedad y es tratado en el Servicio de Digestivo, siendo la evolución hacia una fístula con perforación del íleon terminal, lo que causa un abdomen agudo del que es intervenido de manera correcta, procediéndose posteriormente a la reconstrucción del tránsito sin incidentes.

En definitiva, no cabe estimar que el daño sufrido por el interesado se haya debido a la asistencia sanitaria que recibió, pues fue correcta. El origen del mismo es una complicación propia de su dolencia, que no pudo ser evitada por la actuación de los facultativos del servicio público.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el

cuerpo de este dictamen, 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,