

Expediente Núm. 48/2018
Dictamen Núm. 120/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de junio de 2018, 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 16 de febrero de 2018 -registrada de entrada el día 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la práctica de una colonoscopia.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 31 de julio 2017, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito suscrito por la interesada y una letrada que la asiste mediante el que formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias por lo que califican de negligencia sufrida como consecuencia de la práctica de una colonoscopia.

Indican que le fue diagnosticada en el año 1992 una “pancolitis ulcerosa”, corriendo desde entonces a cargo de los servicios competentes de la Fundación Hospital el seguimiento de esta patología, para cuyo control y evolución viene siendo sometida a distintos tipos de pruebas entre las que se encuentra la realización de colonoscopias sin que hasta la fecha hubiese tenido problema alguno.

Señala que, coincidiendo con una etapa en la que -según refiere- había sufrido una “mejoría en su trastorno”, lo que había conducido a que le fuera “eliminado el tratamiento que venía tomando”, su doctora decidió realizarle una “colonoscopia como mero control”, para lo que el día 16 de septiembre de 2016 acudió a la Unidad de Endoscopias de la Fundación Hospital, donde se llevó a cabo dicha prueba informada como “sin complicaciones”.

Refieren que, no obstante, tras abandonar el hospital la interesada comenzó “a sentir ciertas molestias y cada vez que iba al baño se le desprendían coágulos de sangre de considerables dimensiones por el ano, junto con una abundante cantidad de sangre roja”; razón por la cual esa misma noche acudió de nuevo a la Fundación Hospital ingresando por Urgencias a las 23:30 horas. Manifiesta que “una vez allí fue atendida por un MIR que se dedicó a tomarle la temperatura, la tensión sanguínea y a hacerle un análisis de sangre y de orina. Poco más se la examinó, pese a comunicar al médico que mientras se encontraba en el Servicio de Urgencias acudió 2 veces más al baño realizando deposiciones con sangre (...). Tras tenerla unas horas esperando, el MIR que la había atendido le comunica que los análisis están bien y que ya puede irse a casa. Reitero, sin haberla examinado y continuando con sus sangrados. Se le emite informe de alta en el cual como diagnóstico se refiere ‘sangrado poscolonoscopia’, y en cuanto al tratamiento se prescribe control de síntomas de alarma en casa, paracetamol y reposo relativo”.

Ya en su domicilio, “tan solo cuatro horas después de habersele dado el alta (...), cuando (...) se despertó tras haber pasado una mala noche debido (a) retorcijones y ruidos que tenía en el intestino se dispuso a levantarse para ir al

aseo y ni siquiera pudo llegar. Nada más ponerse de pié sufrió una enorme pérdida de sangre al tiempo que perdía el conocimiento (...). Es evidente que (...) sufría una hemorragia interna y que al poner vertical hizo que la sangre acumulada en su interior se cayese hacia afuera”.

En estas circunstancias, el marido de la paciente llama a una ambulancia que la traslada al Hospital, donde ingresa a las 8:00 de la mañana del 17 de septiembre de 2016, permaneciendo en este centro hasta el día 26 de ese mismo mes, en que es alta con tratamiento médico; tratamiento que mantiene hasta el 10 de noviembre de 2016, en que en una primera revisión se le quita parte del mismo, en concreto se le suprime la toma de corticoides, pero continúa con “Claversal 500 en dosis de 2 c. cada 8 horas”, que sigue tomando hasta la nueva revisión de 22 de julio de 2017, en la que “no es que se le haya retirado, sino que se le ha bajado la dosificación a 1 comprimido cada 8 horas”.

Tras dejar constancia de un error en el informe de alta del Hospital, para reconocer más adelante que ha sido convenientemente corregido, ponen de relieve que tras la colonoscopia realizada a la reclamante el 16 de septiembre de 2016 en la Fundación Hospital ha pasado “de no tomar medicación y no seguir tratamiento alguno (...) a tener una medicación de Claversal 500 en dosis de 2 comprimidos cada 8 horas hasta hace una semana y 1 comprimido cada 8 horas el día de hoy”.

Afirman que “es indudable la relación de causalidad” entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario, y no ya con “la colonoscopia en sí, sino la negligencia de haber dado el alta por parte del Servicio de Urgencias” de la Fundación Hospital “pese a la hemorragia interna que sufría, de lo cual eran síntomas evidentes las pérdidas de sangre y (...) los coágulos que esta expulsaba antes y durante el tiempo en el que permaneció” en el referido Servicio.

Sostienen que todo el tratamiento pautado a la reclamante tras su paso por el Hospital “es consecuencia de la práctica de la colonoscopia y de la grave hemorragia sufrida con posterioridad”, reseñando que “lógicamente el

hacer una colonoscopia puede tener algún efecto secundario, como es un ligero sangrado, pero cuando una persona acude al Servicio de Urgencias de un hospital tras la práctica de una colonoscopia aquejada de una pérdida considerable de sangre y coágulos durante la mayor parte del día es un error no dejarla ingresada bajo supervisión médica y (...) darle el alta prescribiéndole reposo y paracetamol. Tendría que haberse comprobado a qué obedecían dichas hemorragias”.

Valoran de forma “provisional” los daños sufridos por la perjudicada en la cantidad total de doce mil doscientos treinta y cinco euros (12.235 €), que desglosan del siguiente modo: perjuicio personal particular muy grave, en concepto de pérdida temporal de calidad de vida durante 10 días hospitalarios, 1.000 €; perjuicio personal grave, por pérdida temporal de calidad de vida durante los 45 días en los que tras el alta hospitalaria le fue prescrita la administración de corticoides, 3.375 €; perjuicio personal básico que entiende causado en el periodo que va del 11 de noviembre de 2016 hasta la fecha de la presentación de la reclamación (262 días), 7.860 €.

Argumentan que “no tiene estabilizadas las consecuencias físicas sufridas. Continúa tomando un tratamiento que antes de la colonoscopia no recibía y (...) sometiéndose a revisiones cada seis meses cuando antes las hacía anuales. Es evidente que se ha producido un empeoramiento de la enfermedad a raíz de lo sucedido, y lo que no podemos saber a fecha de hoy es cuándo se va a producir la estabilización de la enfermedad, ni las posibles secuelas o agravaciones que pueda sufrir. La próxima revisión la tiene fijada (...) para dentro de seis meses. Es de esperar que en ese momento ya podamos hacer una valoración más aproximada”.

Se adjuntan a este escrito los informes médicos acreditativos del episodio clínico descrito y dos fotografías en las que aparecen unos coágulos de sangre en un inodoro.

2. Mediante oficio de 4 de agosto de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. Con fecha 8 de agosto de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica relativa al ingreso de la reclamante en el Hospital y un "informe del Servicio de Digestivo sobre el diagnóstico que consta en el informe de alta y que la reclamante califica como erróneo".

Atendiendo a lo solicitado, el día 5 de septiembre de 2017 el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica relativa al ingreso de la paciente entre el 17 y el 26 de septiembre en el Hospital y los controles posteriores, así como el informe emitido por el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo el 4 de septiembre de 2017. En él se indica que, "según consta en el informe evolutivo de la paciente del 10-11-2016, dicho ingreso fue motivado por sangrado tras realización de biopsia, complicación que queda perfectamente recogida en los consentimientos informados previos a la realización de cualquier estudio endoscópico".

4. También el 8 de agosto de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Gerencia de la Fundación Hospital una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia y un "informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo sobre el concreto contenido de la reclamación".

La Gerente de la Fundación Hospital envía, el 5 de septiembre de 2017, la historia clínica de la paciente y los informes elaborados por los Servicios de Urgencias y de Digestivo, acompañado todo ello de un certificado de vinculación con el Servicio de Salud de los facultativos intervinientes.

En el informe emitido el 31 de agosto de 2017 por una Adjunta del Servicio de Medicina Interna, Sección de Digestivo, de la Fundación Hospital se recoge que "la paciente (...), de 46 años de edad, estuvo en seguimiento en la consulta externa de Digestivo de nuestro hospital con el diagnóstico de pancolitis ulcerosa en el año 1992, hasta el año 2004, que se trasladó al Área del Hospital Posteriormente volvió a cambiar de área sanitaria y reanudó el seguimiento en 2010 en nuestra consulta./ El día 21 de abril de 2015 se le recomendó (...) que suspendiese el Claversal (Mesalazina) que tomaba desde hacía años (dosis de 500 mg, 1 comprimido cada 8 horas) porque llevaba más de 11 años asintomática y sin brotes, y se solicitó una revisión anual./ La paciente tenía realizada su última colonoscopia de control en 2011 y desde esa fecha (...) había manifestado su rechazo a realizar las colonoscopias de control./ De acuerdo a las guías de práctica clínica el seguimiento endoscópico de esta paciente con el diagnóstico de pancolitis ulcerosa con más de 8 años de evolución es de colonoscopia cada 2 años durante la segunda década de la enfermedad, cada 1-2 años durante la tercera década y anual a partir de la cuarta década./ Acude a revisión anual el día 20 de abril de 2016. Refería que seguía tomando el Claversal (Mesalazina) `porque no se atrevió a retirarlo del todo´, pero solo tomaba un comprimido de 500 mg (considerada dosis infraterapéutica) y seguía asintomática. Se le propuso suspender la toma de esa dosis y hacer la colonoscopia de control, ya recomendada desde 2013 de acuerdo a las guías de práctica clínica, y en esta ocasión consintió en realizarla. Así mismo, expresa su deseo de realizarla en el mes de septiembre y así se le solicita, con posterior revisión para resultados en la consulta externa".

Por su parte, el Coordinador de Urgencias de la Fundación Hospital informa, el 30 de agosto de 2017, en relación con la asistencia prestada a la reclamante, que "el 17 de septiembre de 2016, a las 23:30 h, ingresa en Urgencias (...) por `deposiciones que llevan coágulos y sangre roja abundante´ tras la realización de una colonoscopia esa mañana y que desde media tarde deposiciones de solo sangre sin heces. Es triada a las 23:34 h, dándosele un

nivel de prioridad amarillo, y se le indica que debe aguardar a ser atendida en la sala de espera./ Es vista a las 1:16 por parte del (...) MIR (...), supervisado en todo momento por la (...) Médica Adjunta del Servicio de Urgencias (...). En la historia actual consta que acude al Servicio de Urgencias por deposición con coágulos y sangre roja abundante. Le realizaron una colonoscopia esa misma mañana. Mientras se encuentra esperando en Urgencias refiere haber ido 2 veces más al baño y ha realizado deposiciones con algo de sangre, aunque menos que la vez anterior. La paciente refiere preocupación porque en las colonoscopias que le habían realizado anteriormente no le había ocurrido (...). Se le realiza un tacto rectal donde se objetivan restos de sangre, sin sangrados activos./ Tras la anamnesis y la exploración física se le realizan posteriormente pruebas complementarias (...). La coagulación y la bioquímica (con glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio) son normales./ A la vista de la exploración y de los resultados analíticos, y dada la estabilidad hemodinámica de la paciente, se decide el alta domiciliaria con la impresión diagnóstica de sangrado poscolonoscopia y se decide observación domiciliaria, explicando los síntomas de alarma en casa y que si se mantuviese el sangrado acudiera de nuevo al Servicio de Urgencias”.

Tras referirse brevemente a la evolución posterior del episodio que desembocó en el ingreso de la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital a las pocas horas del alta en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, explica que un “médico interno residente es aquel (...) que teniendo la Licenciatura en Medicina y habiendo realizado el examen MIR (...) se encuentra bajo la responsabilidad de un médico adjunto. Este se encarga de dirigir e instruir al residente en los primeros años de ejercicio profesional (...). En el caso (...) el médico encargado (...), médico en formación, estuvo supervisado en todo momento por la médica adjunta del Servicio (...). La atención (...) se basó en un examen completo, con la realización de una historia clínica y una anamnesis completa, una exploración física adecuada (con realización de un tacto rectal) y la petición de pruebas analíticas pertinentes; pruebas que figuran

como las necesarias para el diagnóstico de rectorragia en los protocolos y guías médicas más habituales (...). La descripción de la cantidad de sangrado observada por parte del paciente no es un buen indicador de la gravedad de la rectorragia. Para valorar dicha gravedad tenemos que fijarnos en:/ Inestabilidad hemodinámica (...). Disminución de cifras de hemoglobina en más de 2 gr./ Requerimientos transfusionales de al menos 2 concentrados de hematíes (...). Según consta en la historia clínica, la paciente presentaba un buen estado general, normocoloreada y normoperfundida, con una respiración normal. La TA era de 106/72, con una frecuencia cardíaca de 69 lpm. Las cifras de hemoglobina eran de 13,1 gr. Todo ello, junto con la exploración clínica, hace pensar en una rectorragia no grave./ Según consta en la documentación presentada (...), existen dos fotografías (...) realizadas en su domicilio después del alta hospitalaria (...). Tras la realización de una colonoscopia se pueden producir ciertos problemas posteriores, como son la distensión abdominal y gases y la emisión de restos sanguíneos en las heces durante días, sobre todo si se han realizado biopsias o extirpación de pólipos. En el caso (...) se realizaron diferentes tomas de biopsias en íleon terminal, ángulo hepático y colon sigmoideo, lo cual justificaría las pérdidas sanguíneas rectales (...). Se considera como negligencia médica (...) un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión. En este caso todo se llevó a cabo siguiendo los criterios de la *lex artis ad hoc*; es decir, cualquier médico actuaría de forma igual cuando se dieran las mismas condiciones, no encontrándose ninguna actitud negligente”.

5. El día 9 de agosto de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, le comunica que si tiene intención de actuar a lo largo del procedimiento por medio de representante resulta necesario que acredite dicha condición.

6. Con fecha 30 de octubre de 2017, a instancia de la entidad aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, emiten informe dos especialistas en Medicina del Aparato Digestivo. Tras diversas consideraciones médicas sobre la patología de base que presenta la reclamante desde el año 1992 -colitis ulcerosa-, se analiza el episodio desarrollado a partir del 16 de septiembre de 2017, precisando que “no existe una clara correlación entre la clínica y la verdadera actividad inflamatoria”, lo que explicaría el hecho de que al momento de desencadenarse este concreto episodio la paciente se encontrara “asintomática”.

Afirman que “en cualquier fase” del seguimiento de esta patología la “prueba básica” es la colonoscopia, que “en pacientes con colitis ulcerosas antiguas”, tal y como acontece en el presente supuesto, “permite la detección precoz de displasia y neoplasia”, lo que determina que se realice una colonoscopia al año “desde los 8 años de evolución en personas con pancolitis y desde los 12-15 en aquellos con colitis ulcerosa izquierda”, añadiendo además que “todo paciente debe evaluarse por colonoscopia completa con biopsias en algún momento en que la enfermedad esté quiescente para conocer la extensión con precisión”.

En atención a estas premisas, entienden que no existe duda de que la indicación de la colonoscopia en el caso de la ahora reclamante “era adecuada y se ajustaba a la *lex artis ad hoc*”. Tampoco la puede haber respecto al hecho de que ante “los hallazgos objetivados en la exploración endoscópica”, que “eran concordantes con datos macroscópicos de afectación intestinal a nivel de íleon y colon”, se llevara a cabo una “toma de (...) muestras” que consideran “completamente justificada”, y ello “tanto para definir la actividad inflamatoria de la enfermedad como ante el posible cambio de patrón de afectación clínica”.

Señalan que “todas las exploraciones endoscópicas, incluso aunque se lleven a cabo con la máxima diligencia, tienen inherentes una serie de complicaciones secundarias, entre las que se encuentra la hemorragia digestiva, tal y como se describe en los consentimientos informados previos a la exploración”.

Por lo que se refiere a la valoración de la asistencia prestada a la interesada en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, centro al que como consecuencia del sangrado que padecía se vio obligada a regresar a última hora del 16 de septiembre de 2017, indican que “el manejo de un paciente con hemorragia digestiva en un Servicio de Urgencias debe estar dirigido en primer lugar a establecer el origen y gravedad de la misma”.

En cuanto al origen de la hemorragia, consideran razonable pensar que habría que buscarlo en la “colonoscopia con toma de biopsias” que esa misma mañana se le había practicado a la paciente.

Sobre el establecimiento de la gravedad de esta hemorragia, recuerdan que la “literatura médica establece que esto debe hacerse tras una exploración del paciente, la toma de constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca) y un examen analítico que establezca la necesidad de requerimientos transfusionales”. Pues bien, a la vista de la historia clínica incorporada al expediente, consideran que en el caso que nos ocupa “ninguno de los parámetros antes descritos implicaba la existencia de una hemorragia digestiva severa”, y subrayan que “los protocolos de actuación en los servicios de urgencia no incluyen el ingreso hospitalario del paciente, pero sí una vigilancia estricta sintomática, tal y como se le recomendó”.

A pesar de que la reclamante no cuestiona en modo alguno la asistencia que una vez desencadenado el episodio recibió en el Hospital, ponen de relieve lo acertado de la misma desde el punto de vista de las guías clínicas en la materia, y destacan que “el cuadro clínico de la paciente ha mejorado progresivamente, logrando disminución y suspensión de esteroides y tratamiento de mantenimiento con dosis bajas de sulfasalazina”.

Tras indicar que en la actualidad la interesada “se encuentra clínicamente asintomática, con la dosis mínima de medicación que requiere su enfermedad de base”, concluyen que “estaba diagnosticada de una enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa de larga evolución. En este contexto, con el fin de valorar actividad endoscópica y descartar complicaciones de su enfermedad a largo plazo se solicitó colonoscopia diagnóstica. Esta técnica es imprescindible (que) se realice con toma de biopsias para la correcta valoración histopatológica (...). Secundariamente a la toma de biopsias (...) sufrió una hemorragia digestiva baja que en un primer momento no mostraba datos de gravedad, pero que posteriormente condicionó un ingreso hospitalario. Durante este ingreso se tomaron las necesarias medidas diagnóstico-terapéuticas para el control del cuadro (...). De acuerdo a los datos clínicos de la historia revisada, la evolución del cuadro abdominal (...) ha sido exitosa y actualmente debe tomar las dosis mínimas de medicación indicadas según las guías clínicas en el tratamiento de mantenimiento de su enfermedad de base. Por tanto, este tratamiento no tiene en modo alguno relación con la realización de una colonoscopia y el cuadro de rectorragia posterior (...). Del análisis de la documentación facilitada en el caso (...), se deduce que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias se ajustó siempre a la *lex artis ad hoc*”.

7. Mediante oficio notificado a la reclamante el 29 de diciembre de 2017, la Coordinadora de Auditorías Asistenciales y Docentes le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 15 de enero de 2018, la interesada comparece en las dependencias administrativas y se le entrega un CD que contiene una copia del expediente. En este mismo acto otorga representación a la letrada que la asiste desde el inicio del procedimiento.

Con fecha 22 del mismo mes, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él “centra” el objeto de

la reclamación en la “desatención sufrida (...) en el Servicio de Urgencias” de la Fundación Hospital, concretada en el “trato recibido” y en el “indebido alta” con el que entiende “fue enviada a casa pese a la grave hemorragia interna que sufría”.

Así, y en relación con la asistencia prestada el 16 de septiembre de 2017 en el referido Servicio, reprocha que en el curso de esta asistencia “el médico adjunto especialista responsable del MIR no acudió en ningún momento a supervisar ni la actuación del MIR ni las pruebas realizadas”, de forma tal que “toda la responsabilidad de la actuación recayó en el MIR”, preguntándose en estas condiciones si “quizá una persona con más experiencia hubiese reconsiderado el dar el alta a una persona que estaba sufriendo una considerable hemorragia”.

En segundo lugar, remontándose a la colonoscopia que esa misma mañana se le había realizado en el citado hospital, y en concreto a las biopsias que se llevaron a cabo, le surge la duda “sirva la expresión”- de si en las mismas no se hubiera “cortado de más”.

Denuncia, asimismo, “la falta de supervisión de los coágulos y sangre expulsada” y una falta del “deber de observancia ante la continuidad de los sangrados”.

A la vista ello, entiende que “enviarla a su casa con paracetamol y no controlar la evolución de la hemorragia (...) es una grave negligencia que cara pagó”, pues “a fecha de hoy todavía no ha conseguido estabilizarse”.

Por otro lado, procede a efectuar una “actualización (...) de la cuantía de la reclamación”, que eleva a la cantidad de dieciséis mil quinientos setenta y cinco euros (16.575 €), que desglosa del siguiente modo: perjuicio personal muy grave, en concepto de pérdida temporal de calidad de vida durante 10 días hospitalarios, 1.000 €; perjuicio personal grave, en concepto de pérdida temporal de calidad de vida durante los 45 días en los que tras el alta hospitalaria le fue prescrita la administración de corticoides, 3.375 €; perjuicio

personal básico que entiende causado en el periodo que va del 11 de noviembre de 2016 hasta la fecha de presentación del escrito de alegaciones, 13.200 €.

Mediante escrito de 25 de enero de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios traslada una copia de las alegaciones presentadas a la Fundación Hospital y a la compañía aseguradora.

8. Con fecha 2 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, argumentando que “el único daño que sufrió la reclamante es haber padecido un sangrado como consecuencia de la colonoscopia y toma de biopsia que hubo que realizarle”; daño que “se trata de una complicación previsible pero no evitable; es decir, un riesgo típico del que fue adecuadamente informada”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de febrero de 2018, V E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuya copia adverada adjunta en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 31 de julio de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae causa -la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital- el día 16 de septiembre de 2016, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.

SIXTA.- En la presente reclamación a la interesada, diagnosticada en el año 1992 de una “pancolitis ulcerosa”, le fue realizada el 16 de septiembre de 2016 en la Fundación Hospital una colonoscopia diagnóstica para el seguimiento de su patología de base. Una vez abandonado este centro sanitario, en la tarde-noche de ese mismo día, sufrió un sangrado que requirió nueva asistencia médica en el Servicio de Urgencias; tras efectuársele una exploración física y diversas pruebas complementarias que arrojaron resultados analíticos normales, y presentando en ese momento estabilidad hemodinámica, es dada de alta en la madrugada del 17 de septiembre con la impresión diagnóstica de “sangrado poscolonoscopia y observación domiciliaria”, siendo informada de los síntomas de alarma en casa y de que si se mantuviese el sangrado acudiera de nuevo al Servicio de Urgencias. Lamentablemente así sucedió, y fue necesario un nuevo ingreso en la mañana del 17 de septiembre de 2017 en el Hospital, donde

permaneció hasta el 26 del mismo mes, en que causó alta hospitalaria con tratamiento.

La documentación incorporada al expediente remitido acredita que la colonoscopia practicada a la reclamante el 16 de septiembre de 2016 en la Fundación Hospital cursó con complicaciones -en concreto, sufrió unos sangrados que precisaron de ingreso hospitalario-, por lo que, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que en su caso deba efectuarse, podemos dar por acreditada la realidad de un daño físico efectivo que reúne los elementos necesarios para justificar la pretensión de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

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*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos

por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar 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.

A los expresados efectos, en el asunto ahora examinado nos encontramos con que la perjudicada "centra" su reclamación exclusivamente en lo que considera una "negligente" asistencia sanitaria que le fue prestada entre las 23:30 horas del día 16 de septiembre de 2016 y las 1:16 horas del 17 de ese mismo mes en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, al que acudió por presentar un sangrado derivado de la colonoscopia que en la mañana del aquel primer día se le había efectuado en dicho centro. Denuncia que hubo "desatención" y muestra su disconformidad con el "trato recibido", considerando "indebido" el alta con el que entiende "fue enviada a casa pese a la grave hemorragia interna que sufría".

Planteada la cuestión en estos términos, lo primero que constatamos es que todas las aseveraciones en las que la perjudicada hace descansar su reclamación se encuentran huérfanas, desde la estricta perspectiva de una hipotética infracción a la *lex artis*, de respaldo científico alguno en forma de informe pericial que les dé un mínimo soporte, por lo que no pasan de ser meras conjeturas interesadas. En estas condiciones, difícilmente puede darse por acreditada la relación de causalidad entre una pretendida, pero no probada

científicamente, “negligente” asistencia recibida en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital en la noche del 16 de septiembre de 2016 y el daño que la interesada considera que se le ha causado y cuya existencia resulta inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración, lo que constituye por sí solo motivo suficiente para desestimar la reclamación presentada.

A mayor abundamiento, de los diferentes informes incorporados al expediente, tanto los facilitados por los Servicios intervinientes como el emitido por dos especialistas en Medicina del Aparato Digestivo a instancias de la compañía aseguradora, únicos documentos puestos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los cuales ha de formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada, se desprende la adecuación a la misma a lo largo de todo el episodio clínico descrito, incluso la recibida entre las 23:30 horas del 16 de septiembre de 2016 y las 1:16 horas del día 17 de ese mismo mes en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital

En este sentido, y comenzando por la necesidad de que en atención a la patología de base -“pancolitis ulcerosa” diagnosticada en el año 1992- le estuviera indicada la realización de una colonoscopia de control, no puede existir duda alguna al respecto si tenemos en cuenta que la última que se le había efectuado se remontaba al año 2011. Así se desprende de lo informado tanto por la Adjunta del Servicio de Medicina-Interna, Sección de Digestivo, de la Fundación Hospital -“de acuerdo a las guías de práctica clínica el seguimiento endoscópico de esta paciente con el diagnóstico de pancolitis ulcerosa con más de 8 años de evolución es de colonoscopia cada 2 años durante la segunda década de la enfermedad, cada 1-2 años durante la tercera década y anual a partir de la cuarta década”-, como por los especialistas en Medicina del Aparato Digestivo, que consideran indicada la realización de una colonoscopia anual -“desde los 8 años de evolución en personas con pancolitis y desde los 12-15 en aquellos con colitis ulcerosa izquierda”, añadiendo estos últimos que “todo paciente debe evaluarse por colonoscopia completa con

biopsias en algún momento en que la enfermedad esté quiescente para conocer la extensión con precisión”.

Estando claramente indicada la práctica de una colonoscopia, y una vez vencida la resistencia de la paciente a este tipo de pruebas -“tenía realizada su última colonoscopia de control en 2011 y desde esa fecha (...) había manifestado su rechazo” a efectuarlas-, el día 20 de abril de 2016, y tal y como consta acreditado documentalmente en el expediente, la ahora reclamante firmó el preceptivo consentimiento informado; en este documento se recoge, al describir los riesgos y complicaciones que se pueden presentar con motivo de la práctica de este tipo de pruebas, entre otros y con el carácter de infrecuentes, la posibilidad de “hemorragia”. Estando descrita por lo tanto la posibilidad de hemorragias como una de las complicaciones, y habiendo sido informada la paciente de ella, la insinuación que hace de que -“sirva la expresión”- en la misma se hubiera “cortado de más” resulta ser cuando menos gratuita, toda vez que no se ve corroborada por prueba pericial de ningún tipo.

Por lo que se refiere a la asistencia recibida entre las 23:30 horas del día 16 de septiembre de 2016 y las 1:16 horas del 17 de ese mismo mes en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, nos encontramos con que la reclamante denuncia que hubo “desatención” y muestra su disconformidad con el “trato recibido”, considerando que el alta fue “indebido”, sin que ello se vea respaldado por documento pericial de ningún tipo, pues la historia clínica y los informes incorporados al expediente prueban justamente lo contrario.

Al respecto, tal y como señala el Coordinador de Urgencias de la Fundación Hospital, la exploración física que se le efectuó a su llegada al Servicio incluyó la realización de un tacto rectal en el que, si bien es cierto que se objetivaron restos de sangre, no se apreciaron sangrados activos. Las pruebas analíticas complementarias mostraron que “la coagulación y la bioquímica (con glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio)” eran normales, a lo que se añade la estabilidad hemodinámica que presentaba la paciente en aquellos momentos.

Ratificando lo anterior, los especialistas en Medicina del Aparato Digestivo, al momento de examinar la gravedad del sangrado que presentaba cuando es valorada en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital, y tras recordar que la "literatura médica establece que esto debe hacerse tras una exploración del paciente, la toma de constantes vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca) y un examen analítico que establezca la necesidad de requerimientos transfusionales", no dudan en concluir que en el caso que nos ocupa "ninguno de los parámetros antes descritos implicaba la existencia de una hemorragia digestiva severa", y añaden que "los protocolos de actuación en los servicios de urgencia no incluyen el ingreso hospitalario del paciente, pero sí una vigilancia estricta sintomática, tal y como se le recomendó" a la reclamante.

Por último, desde la perspectiva del daño que la interesada considera que se le ha causado y cuya indemnización solicita, concretado en el hecho de que ha pasado "de no tomar medicación y no seguir tratamiento alguno (...) a tener una medicación de Claversal 500 en dosis de 2 comprimidos cada 8 horas hasta hace una semana y 1 comprimido cada 8 horas el día de hoy", cuya lógica la lleva a actualizar -modificando al alza cada día que pasa- la indemnización solicitada, conviene recordar, tal y como concluyen los especialistas en Medicina del Aparato Digestivo, que "de acuerdo a los datos clínicos de la historia revisada la evolución del cuadro abdominal (...) ha sido exitosa y actualmente debe tomar las dosis mínimas de medicación indicadas según las guías clínicas en el tratamiento de mantenimiento de su enfermedad de base. Por tanto, este tratamiento no tiene en modo alguno relación con la realización de una colonoscopia y el cuadro de rectorragia posterior".

Así las cosas, concluimos que en el presente supuesto no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada a la interesada hubiera supuesto una violación de la *lex artis ad hoc*, toda vez que los daños alegados no guardan relación con una mala práctica médica. El sangrado que se presentó a las pocas horas de practicársele a la reclamante una colonoscopia de control no deja de ser la desgraciada concreción de uno de los riesgos que con el carácter de

infrecuentes aparece recogido en el documento de consentimiento informado por ella suscrito y descrito como consustancial al tipo de prueba realizada, que por lo demás era la que estaba indicada para el seguimiento de su patología de base.

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,