



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 12 de abril de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y Dña. fffff*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 13 de marzo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y Dña. fffff debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo, ccccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 215/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 3 de julio de 2003 D. xxxxx y Dña. fffff solicitan el inicio de expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración, con base en hechos que, resumidamente, relatan del siguiente modo:

En los primeros días del mes de junio del año 2002 el hijo de los comparecientes, de 15 años, "se sintió mal con un fuerte dolor en el tórax por



lo que se acude al centro de urgencias de xxxxx, donde se le diagnostica que tiene la faringe inflamada”.

El 22 de junio de 2002 se acude de nuevo al centro de urgencias de xxxxx por gran cansancio y dolores de estómago desde días atrás; le recetan Almax, “sin más reconocimiento clínico”.

El 24 de junio de 2002 –sigue el relato de los reclamantes– se acude al médico de cabecera, ya que el menor se encuentra muy cansado, nervioso, con fuertes molestias en el estómago; ante este cuadro clínico se le entrega un volante para que se realicen análisis. El 26 de junio le hacen los análisis; acude con los resultados al médico de cabecera el día 1 de julio de 2002, quien, viéndolos, indica que todo es normal.

Los comparecientes –continúa el escrito de reclamación– insisten en que el estado de su hijo es cada vez peor, mostrando un gran cansancio, agotamiento e imposibilidad de caminar normalmente por la fatiga que tiene, insomnio y un permanente dolor de estómago que hace que vomite todo. No se toma medida alguna, se le receta Bemolan para el estómago y Aremis para los nervios, sin hacerle ningún tipo de prueba “que hubiera podido detectar los síntomas de una enfermedad grave cardiovascular”.

Sigue la reclamación señalando que el día 2 de julio de 2002 (pasado casi un mes desde la primera visita al médico), ante la pasividad del médico de cabecera de xxxxx, se acude al Hospital Universitario de xxxxx, donde se expone que ha estado toda la noche con intensa tos, que se encuentra muy cansado, con gran dificultad para caminar y un estado de ansiedad permanente y que continúa devolviendo cualquier alimento. Se alega que el diagnóstico, según el informe numerado 1023049761, fue faringitis aguda, igual diagnóstico que el primer día de junio y teniendo ya una analítica.

Argumentan los reclamantes que la faringitis aguda diagnosticada es “sorprendente cuando el enfermo no puede materialmente caminar teniendo los mismos síntomas de ahogo que eran algo más que una faringitis”.

El 3 de julio de 2002 se acude con el enfermo al médico de cabecera, presentándole el informe del Hospital Universitario de xxxxx, insistiendo en el empeoramiento del menor, ante lo cual receta Codeisan jarabe y emite un



volante para hacerle unas placas del tórax, lo que debió haberse hecho en junio. "Ha pasado más de un mes desde la primera consulta hasta que se le ordena una prueba radiológica".

Hechas las placas se acude al médico de cabecera, indicando que el paciente padece neumonía y facilitando un volante para el Hospital Universitario de xxxxx, donde ingresa en medicina interna en estado crítico. "A la hora de haber sido ingresado se nos comunica por el médico que su estado se está normalizando, dentro de la gravedad".

Sobre las ocho de la tarde del mismo día se traslada al menor a la UVI, "comentándonos el médico que el cuadro clínico que presenta el paciente viene de varios días antes, es decir, que desde los primeros días del mes de Junio al 4 de Julio transcurre un mes en el que nuestro hijo no recibe el tratamiento adecuado ni se le diagnostica enfermedad alguna cardiaca ni se le somete a ninguna exploración radiológica, ni se le ingresa en un centro hospitalario alegándose siempre que lo que padece es una faringitis aguda".

El 5 de julio se indica que tiene el corazón inflamado, siendo ésta la primera noticia de una dolencia cardiaca. A continuación los reclamantes concluyen que del 2 de julio, que se le diagnostica en urgencias del Hospital Universitario de xxxxx una faringitis aguda, al 4 de julio, en que se diagnostica una lesión de corazón, hay un cambio de diagnóstico de tal envergadura que evidencia el error y la negligencia médica.

El día 5 de julio de 2002 se le traslada a la Unidad de Coronarias. A las 18 horas se comunica que cccc se encuentra peor. "Pudimos observar la evidente descoordinación que había en la planta; así el ATS que controlaba los monitores en el pasillo acudió a ponerle una mascarilla de oxígeno para que pudiera respirar, sin poder controlar el estado nervioso en el que cccc se encontraba".

Siguen los reclamantes explicando que su hijo no puede hablar, que una ATS solicita un medicamento por teléfono –medicamento que nunca llegó–, que en cierto momento transcurrieron 45 minutos sin asistencia alguna, y que su hijo continúa con una respiración muy agitada. Fallece a las 7.50 del 6 de julio.



Entre otros documentos, aportan un informe de 25 de junio de 2003, del Dr. D. ddddd, especialista en valoración del daño corporal, que recoge esta conclusión final:

“El paciente señalado, presentó una clínica de «cansancio importante, tos, dolor en hipocondrio y tórax, malas digestiones y vómitos», siendo estos síntomas, tal y como se ha explicado, sugestivo de una congestión venosa y por lo tanto se deberían de haber realizado pruebas complementarias encaminadas a descartar esta patología, tales como electrocardiograma, ecocardiograma... etc., pruebas que evidentemente no se realizaron, tomando esta sintomatología como un cuadro banal, hasta que el servicio de UVI del Htal. Clínico, viendo que la sintomatología era de gravedad, se le ingresa y se le realiza un diagnóstico adecuado, aunque en ese momento ya fatídico por el estado avanzado de la enfermedad, produciéndose algún tipo de arritmia fulminante imposible de tratar.

»Es decir, pensamos que ante una sintomatología florida no se tomaron las medidas diagnósticas y en su caso, de tratamiento adecuadas, siendo el diagnóstico de Médicos de Urgencias y de Atención Primaria, muy precarios y falta de toda seriedad médica para el caso que nos ocupa”.

**Segundo.-** El informe de la Inspección Médica relata así los hechos:

“1) El paciente, ccccc, de 15 años de edad, acude el 20-06-2002, acompañado de su madre a la consulta de su médico de cabecera en el Centro de Salud de xxxxx, al parecer comenta que está triste, cansado, ganas de llorar, no tiene ganas de comer, náuseas, vómitos..., la exploración física es normal, auscultación pulmonar y cardíaca normal, no fiebre, no tos. Se pide análisis de sangre para intentar llegar a un diagnóstico.

»2) Los análisis le son realizados el 26-06-02 y acude de nuevo a su médico el 1-07-02 con dichos resultados, indicándole éste que dichos análisis son normales.

»3) El día 2-07-2002 acude a Urgencias del Hospital Clínico Universitario.



»Consta que acude por tos seca y molestias en la garganta. No fiebre. En la exploración queda descrito: no roncus, no sibilancias, amígdalas hipertróficas, no pus, faringe enrojecida.

»Diagnosticándosele: Faringitis aguda y pautándose tratamiento con Codeisan y Termalgin, remitiéndolo para ser controlado por su médico de cabecera.

»4) El día 03-07-2002 acude a su médico de cabecera, para solicitar las recetas que le habían prescrito en el Servicio de Urgencias.

»Como la médico ve que tenía mucha tos, dolor de garganta y fiebre de 38° C decide pedir una placa de tórax.

»5) El día 04-07-2002 acude a las 14,30 h. para enseñarle a su médico la radiografía, observando ésta una condensación en lóbulo inferior de pulmón derecho, por lo que le entrega un volante para su ingreso en Hospital Clínico Universitario, con sospecha de neumonía.

»6) En Urgencias, se objetivó hipotensión arterial grave refractaria a la reposición de líquidos y fue ingresado en la UCI, donde se inició tratamiento antibiótico y se constató la existencia de un cuadro séptico grave con hipotensión severa refractaria, bajo gasto y congestión mixta grave, por lo que se consultó al Servicio de Cardiología. Se objetivó entonces con ecocardiograma dilatación y disfunción grave del ventrículo izquierdo, por lo que se decidió su paso al Servicio de Cardiología, donde se mantuvo el tratamiento antibiótico y se inició tratamiento tónico deplectivo, mejorando presión arterial, perfusión periférica y los signos de congestión sistémica y pulmonar.

»7) Sin embargo durante la madrugada del 06-07-2002 sufrió un empeoramiento brusco de su situación, consistente en signos evidentes de congestión pulmonar y colapso hemodinámico grave. Se extremaron entonces las medidas de soporte hemodinámico y se instauró ventilación mecánica artificial, a pesar de ello la situación se agravó, constatándose finalmente una situación de disociación hemodinámica y muerte clínica rebelde a las maniobras de reanimación cardiopulmonar, que se mantuvieron durante unas 3 horas.



»8) Como juicio clínico se estableció: Insuficiencia Cardíaca fulminante en varón adolescente con cuadro séptico y disfunción ventricular izquierda. La autopsia demostró grave y extenso daño alveolar difuso en ambos pulmones y signos multiorgánicos de insuficiencia cardíaca, hallazgos que en conjunto contribuyen a la muerte del paciente”.

**Tercero.-** Consta en el expediente diferente documentación de la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.
- Informe del Dr. bbbbb, del Servicio de Medicina Intensiva, de 14 de octubre de 2003.
- Informe del Dr. ggggg, del mismo Servicio, de 15 de octubre de 2003.
- Informe del Dr. ppppp, del Servicio de Cardiología, de 22 de octubre de 2003.
- Informe del Dr. vvvvv, F.E.A. de Urgencias, de 24 de octubre de 2003.
- Informe del Dr. zzzzz, F.E.A. de Cardiología, de 24 de octubre de 2003.
- Informe del Coordinador de Urgencias, de 24 de octubre de 2003.
- Informe de la Dra. ttttt, del Centro de Salud de xxxxx, de 24 de noviembre de 2003.
- Informe de la Inspección Médica, de 29 de diciembre de 2003, del que destacan las siguientes consideraciones:

“2- Creo que el reclamante tiene un error en su planteamiento, al considerar que se llegó a diagnósticos diferentes, cuando de lo que tenemos que hablar sería de complicaciones o de situaciones



concomitantes. Leemos en "Principios de Medicina Interna" Harrison 13ª edición: «Con frecuencia los pacientes con miocarditis viral refieren una historia de enfermedad febril de las vías respiratorias altas y puede ser evidente una nasofaringitis o amigdalitis viral» (pág. 1260).

»Y también que: «Cada vez hay más datos que sugieren que al menos en algunos pacientes la miocardiopatía dilatada puede ser una secuela de una miocarditis viral aguda, posiblemente mediada por un mecanismo inmunitario» (pág. 1255).

»Y que «Se suele asociar a arritmias ventriculares y tiene una evolución clínica variable; un riesgo constante es la muerte súbita» (pág. 1255).

»3- En cuanto a la atención que le fue prestada en Urgencias decir que acudió por tos seca y molestias en la garganta, no fiebre. En ningún momento queda recogido que refiera cansancio, ahogo, dolor en hemotórax, vómitos o cualquier otra sintomatología.

»En la exploración física se objetivan: amígdalas hipertróficas y faringe enrojecida.

»Consta el diagnóstico de faringitis aguda y el oportuno tratamiento.

»Como nos dice el Coordinador de Urgencias «las enfermedades no son fotos fijas, sino cuadros que cambian y evolucionan.

»En consecuencia los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se utilizan (se deben utilizar) exclusivamente cuando la clínica lo sugiera.

»En un paciente de 15 años, tos seca, dolor de garganta y faringe enrojecida, hace pensar exclusivamente en un proceso faríngeo»...

»Y como vimos en el punto anterior: «Con frecuencia los pacientes con miocarditis viral refieren una historia de enfermedad febril de las



vías respiratorias altas y puede ser evidente una nasofaringitis o amigdalitis viral».

»No podríamos hablar por tanto de un error diagnóstico, sino más bien de una complicación, o en su caso de fenómenos concomitantes, en modo alguno excluyentes.

»4- En cuanto a la atención prestada por su médico de cabecera el 20-06-2002, le ve por primera vez y aunque la exploración física es normal, la auscultación pulmonar y cardíaca es normal, decide pedir una analítica, cuyos resultados son normales lo que comunica al paciente el 1-07-2002, indicándole al paciente que se encuentra mejor aunque con el estómago revuelto.

»Vuelve a verle el día 3-07-2002 por acudir el paciente acompañado por su madre para que le extienda las recetas que le han indicado el día anterior en el Servicio de Urgencias.

»Y a pesar de tener ya realizado el diagnóstico y tratamiento puesto, decide pedir una radiografía de tórax, (a mi modo de ver denota diligencia) y cuando ve la placa el 04-07-2002 decide rápidamente su ingreso.

»No nos deja de extrañar que los reclamantes que tienen a la Dra. ttttt como médico de cabecera, si consideran que no actuó con suficiente diligencia con su hijo sigan manteniéndola como su médico de cabecera.

»Y por otra parte, también nos señala la Dra. ttttt que a ccccc no se le realizó el programa de Salud Escolar por no estar los padres conformes y necesitarse su consentimiento para llevarlo a cabo.

»5- Resumiendo, que perfectamente el paciente pudo tener una faringitis aguda y la desgracia de desarrollar como consecuencia de ésta una miocarditis viral de evolución fulminante, sin que por ello se evidencie negligencia alguna en los tratamientos que en cada momento recibió”.





- Informe de los doctores qqqqq e nnnnn, de 25 de febrero de 2004, con estas conclusiones:

»1. D. ccccc consultó 15 días antes de su fallecimiento por un cuadro inespecífico de astenia, anorexia y trastorno del estado de ánimo siendo estudiado de forma correcta por su médico de atención primaria que descartó la presencia de patología significativa.

»2. Cuatro días antes de su fallecimiento consultó en esta ocasión en el Servicio de Urgencias por un cuadro compatible desde el punto de vista clínico con una faringitis aguda de probable origen viral.

»3. En ambos casos se realizó un manejo diagnóstico adecuado no estando indicadas otras pruebas complementarias a las efectuadas. La normalidad de los análisis realizados en primaria (folios 60 y 61), especialmente de la VSG y la proteína C reactiva descartan con casi toda seguridad la presencia de una miocarditis en ese momento.

»4. A las 48 horas de su asistencia en urgencias ingresó por un cuadro compatible, desde el punto de vista clínico y de las exploraciones complementarias, con una miocardiopatía dilatada probablemente secundaria a una miocarditis viral.

»5. La miocarditis se presentó en este paciente como un cuadro hiperagudo que produjo su fallecimiento en un plazo de menos de 48 horas, por lo que la realización de otras pruebas complementarias con anterioridad no habría aportado datos relevantes al caso.

»6. No existe tratamiento específico para esta entidad por lo que el supuesto adelanto del diagnóstico, en caso de haber sido posible, no hubiera influido en el tratamiento aplicado ni en el resultado final.

»7. El manejo del paciente fue el correcto, pese a lo cual y como ocurre en algunos de estos casos la evolución del mismo fue desfavorable produciendo su fallecimiento.

»8. Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis".



**Cuarto.-** Tras practicarse el trámite de audiencia, el 21 de abril de 2004 la parte reclamante presenta un escrito en el que señala que ante la tardanza en resolver por parte de la Administración se ha promovido recurso contencioso-administrativo.

**Quinto.-** Con fecha 1 de febrero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

**Sexto.-** El 12 de febrero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente



tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se presentó el 3 de julio de 2003, hasta el día 1 de febrero de 2007 no formuló propuesta de resolución el Director General de Administración e Infraestructuras, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos.

**3ª.-** Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.



b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**5ª.-** Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte sustancialmente el criterio de la propuesta de resolución de 1 de febrero de 2007 del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en su fundamento de derecho IV, que conduce a desestimar la reclamación del interesado.

Este Consejo considera que la propuesta ha hecho una acertada aplicación al caso de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del



médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud del reclamante, puesto que tanto el informe de la Inspección Médica como el de los doctores qqqqq e nnnnn impiden tener por probado que se hubiera infringido la *lex artis ad hoc*. El primero señala en su consideración 5: “Resumiendo, que perfectamente el paciente pudo tener una faringitis aguda y la desgracia de desarrollar como consecuencia de ésta una miocarditis viral de evolución fulminante, sin que por ello se evidencie negligencia alguna en los tratamientos que en cada momento recibió”. El segundo es claro y rotundo en su conclusión 8, según la cual: “Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis”. Además, los citados juicios médicos van precedidos de otras consideraciones, en ambos informes, que confluyen en la idea de que no hubo error de diagnóstico, pues éste se adecuó a la clínica que presentaba el paciente, que no sugería inicialmente la grave dolencia cardíaca más tarde manifestada, que en su fase final fue fatal pese a la atención recibida.



Debe destacarse en este punto que la tesis sostenida por el Dr. ddddd en el informe que se presenta con la reclamación, consistente en entender que el paciente presentaba síntomas sugestivos de una congestión venosa y que no se le hizo un diagnóstico adecuado, no resulta convincente, a juicio de este Consejo, a la vista de los informes de la Inspección Médica y de los doctores qqqqq e nnnnn, que sostienen otros enfoques del asunto, que ofrecen mayor crédito al Consejo, entre otros motivos por ser coincidentes en gran medida y por la exposición que realizan del asunto en general. El aspecto comentado lo trata el informe de los doctores qqqqq e nnnnn del siguiente modo, que rebate suficientemente la tesis del Dr. ddddd:

“No podemos estar de acuerdo con las manifestaciones realizadas por el autor del informe médico que acompaña a la demanda. La sintomatología que presentaba el paciente era inicialmente completamente inespecífica y sin datos que permitiesen pensar en patología infecciosa y/o cardíaca. Posteriormente en su asistencia en urgencias el cuadro es compatible desde el punto de vista clínico con un cuadro viral y en ningún caso en un paciente de 15 años deben hacer pensar en la presencia de una patología a nivel cardíaco, máxime cuando la exploración física no arrojaba ningún dato que permitiera apoyar esa sospecha y el paciente no tenía antecedentes de patología cardíaca (electrocardiograma en mayo del 2001 sin hallazgos relevantes). De haber presentado una miocardiopatía previa la clínica hubiera sido mucho más larvada y los datos de insuficiencia ventricular (congestión pulmonar, edemas) hubieran aparecido con anterioridad. Por tanto en nuestro criterio el diagnóstico de cuadro viral/faringitis es correcto y el tratamiento aplicado también pues en estos casos se debe administrar tratamiento sintomático como se hizo. Posiblemente todo el cuadro posterior es secundario a presumible esta infección viral”.

En concordancia con lo anterior cabe traer, por último, también a colación el siguiente párrafo del informe, de 24 de octubre de 2003, del Dr. wwwww, Coordinador de Urgencias del Hospital Clínico Universitario, referente al caso en cuestión:

“En cuanto al «documento 5» que se me presenta, tanto como clínico y docente no puedo pasar sin recordar que son signos de congestión vascular por fallo cardíaco izquierdo la disnea taquicardia y ruidos pulmonares anormales, y en el fallo derecho los edemas.



»En ninguna ocasión «la congestión venosa» se plantea como diagnóstico o diagnóstico diferencial ante un cuadro de cansancio importante, tos, dolor en hipocondrio y tórax, malas digestiones y vómitos”.

Finalmente, cabe resaltar que el informe de los doctores qqqqq e nnnnn llega a formular conclusiones en el sentido de que incluso un cierto adelanto en el diagnóstico, que consideran poco probable, tampoco hubiera influido en el desarrollo de los acontecimientos. Así, en las conclusiones 5 y 6 señalan: “La miocarditis se presentó en este paciente como un cuadro hiperagudo que produjo su fallecimiento en un plazo de menos de 48 horas, por lo que la realización de otras pruebas complementarias con anterioridad no habría aportado datos relevantes al caso.

»No existe tratamiento específico para esta entidad por lo que el supuesto adelanto del diagnóstico, en caso de haber sido posible, no hubiera influido en el tratamiento aplicado ni en el resultado final”.

En todo caso, lo ya comentado respecto a la falta de prueba de una asistencia contraria a la *lex artis* es suficiente para entender que ha de desestimarse la reclamación.

**6ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, no justificada, puesto que hemos de recordar que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver, trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la propia Administración de Justicia con



procedimientos que podrían no haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y Dña. ffff debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo, cccc.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.