



Sr. Madrid López, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 de marzo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, D. aaaaa y Dña. bbbbb*, 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 15 de enero 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 a instancia de Dña. xxxxx, D. aaaaa y Dña. bbbbb, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp en el Hospital hhhhh (xxxxx).*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 17 de enero de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 24/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión de dictamen, previa ampliación de éste, 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. Estella Hoyos.



Primero.- El paciente es D. ppppp, de 51 años de edad, con antecedentes de cirrosis micronodular criptogenética diagnosticada por laparoscopia en 1988 y diabetes mellitus en tratamiento con insulina.

Los días 9 y 11 diciembre de 1998 acude a urgencias del Hospital hhhhh (xxxxx), aquejado de dolor continuo fijo en cinturón, que afecta a ambas fosas renales e hipocondrio derecho acompañado de opresión torácica, disnea (mayor en decúbito), distensión abdominal y sensación de cara hinchada. A la exploración destaca la palpación dolorosa en hipocondrio derecho y a punta de dedo en vacío del mismo lado, así como discreta oleada ascítica. Es diagnosticado de descompensación hidrópica y se pauta tratamiento con Seguril indicando solicitar consulta preferente con el servicio de digestivo.

Ante la ausencia de mejoría, el paciente acude a la Clínica ccccc de xxxxx el 14 de diciembre de 1998. Según el informe de dicha clínica, de fecha 23 de diciembre de 1998, sigue aquejado del mismo dolor abdominal en cinturón y en hipocondrio derecho, disnea intensa en decúbito y edema progresivo en extremidades inferiores hasta escroto. Presenta ingurgitación yugular, edema en zonas declives, roce pericárdico, ascitis importante, hipertensión portal, esplenomegalia, cardiomegalia global, derrame pleural bilateral y fiebre. Es diagnosticado de cirrosis hepática con descompensación hidrópica, con datos clínicos de pericarditis y taponamiento cardiaco. Se recomienda ingreso hospitalario para descartar pericarditis y/o endocarditis y se instaura tratamiento con Klacid 500 mg/12 h, Seguril (1-0-0), Aldactone 100 mg (1-0-0), Boi-K (1-1-1), dieta sosa y su pauta habitual de insulina.

El 26 de enero de 1999 es atendido en el Servicio de Digestivo del hospital y se constata la resolución satisfactoria del cuadro de ascitis, edemas y derrame pleural: "(...) en la actualidad sin datos de ascitis y buena diuresis (...)".

El mes siguiente acude de nuevo a consulta por ingurgitación yugular y de la circulación de cuello y cara. Se realiza endoscopia digestiva alta con resultado de "varices esofágicas, grado I". Se recomienda estudio cardiológico completo, que es realizado en marzo de 1999, destacando "ECG en ritmo sinusal >1001 pm, isquemia inferior, leve cardiomegalia con rectificación borde izdo. en RX, y en ecografía FE de 50% y mínimo derrame". Se añade al tratamiento habitual Blokium.



Ingresa en el Servicio de Digestivo el 6 de abril de 1999, donde permanece hasta el 16 de abril a causa de otro proceso de descompensación hidrópica moderada, evolucionando satisfactoriamente.

Durante este ingreso se solicita interconsulta con el Servicio de Cardiología para descartar cardiopatía. El cardiólogo informa, con fecha 15 de abril de 1999, de lo siguiente: "(...) asintomático cardiológicamente. Sin hallazgos cardiológicos relevantes en la exploración física. ECG pendiente. Ecocardio en límites normales". Es diagnosticado de "presíncopes por hipovolemia relativa, sin signos de cardiopatía orgánica", no considerando necesarias nuevas exploraciones.

En junio de 2002 ingresa de nuevo en el Servicio de Medicina Interna a causa de una descompensación diabética. No se refleja descompensación clínica de su enfermedad hepática. Durante el ingreso, la exploración física realizada no muestra alteraciones cardiacas, el ECG es normal y el ecocardiograma es informado por cardiología como normal. Evoluciona favorablemente y es dado de alta el 25 de junio de 2002.

En un nuevo ingreso en agosto de 2003, ante el deterioro progresivo de la función hepática y el mal control de su diabetes, se plantea la posibilidad de trasplante simultáneo de hígado y páncreas.

Ingresa otra vez en octubre de 2003 por nueva descompensación hidrópica con hipertensión portal. En TAC abdominal se señala por primera vez una calcificación pericárdica y derrame pleural izquierdo de escaso volumen.

Con mejoría de la función renal y de la sintomatología general es dado de alta y se remite la propuesta de trasplante a la unidad de trasplante hepático del Hospital vvvvv.

El 22 de noviembre de 2003 sufre otro ingreso a causa de una celulitis en miembro inferior derecho, que se complicó con fracaso renal agudo (probable necrosis tubular aguda endotóxica), del que se recuperó aceptablemente durante su estancia hospitalaria. Durante su ingreso se realiza un ecocardiograma en la unidad de cuidados intensivos, "que descartó taponamiento ni miocardiopatía restrictiva, ni otra patología llamativa".



El 18 de diciembre de 2003 ingresa en el Hospital vvvvv para valoración del trasplante. Durante su estudio protocolizado se realiza un ecocardiograma y una RMN por el servicio de cardiología diagnosticándose una constricción pericárdica, por lo que es rechazado para trasplante hasta realizar estudio y tratamiento de este proceso.

Los informes correspondientes refieren lo siguiente:

»Ecocardiograma: 'cavidades cardiacas de tamaño normal función sistólica de VI global y segmentaria normales. Válvulas morfológica y funcionalmente normales. Dilatación de cava y suprahepáticas, variación mayor de un 25% de flujo de llenado de VI que apoyan el diagnóstico de constricción pericárdica con una FE del 63%, un diámetro telediastólico de 43 y un telesistólico de 28, septo 6 mm de pared posterior 7 mm'.

»RMN: 'silueta cardiaca de tamaño y morfología normal un engrosamiento difuso del pericardio más llamativo en región anteroapical y sobre todo en el lado derecho de hasta 7 mm y siendo el resto del pericardio entre 4 y 5 mm con engrosamiento de grasa epicárdica. La raíz aórtica, la aorta torácica ascendente y descendente son normales, existe dilatación de vena cava superior de 4 mm sin defectos en su interior. En conclusión el diagnóstico es engrosamiento pericárdico difuso con contractilidad cardiaca normal'.

En enero de 2004 es sometido a un cateterismo cardiaco diagnóstico, que se informa: "V.I de tamaño normal con función sistólica normal. Arterias coronarias normales".

En esa fecha es incluido en lista de espera para pericardiectomía en el Hospital ddddd. Ingresa el 6 de marzo de 2004, y es intervenido quirúrgicamente de forma programada el 15 de marzo. El diagnóstico anatomopatológico es "pericarditis crónica fibrosante".

Realizada la intervención, pasa a la unidad de reanimación, donde el paciente permanece estable hemodinámicamente durante las primeras horas del postoperatorio.

A partir de las 24 horas posteriores, su situación clínica empeora, presentando una encefalopatía hepática y fracaso multiorgánico. Fallece el 18



de marzo de 2004. Como causa inmediata de la muerte, se informa una insuficiencia hepática; como causa intermedia, una insuficiencia renal, postoperatorio de pericardiectomía y encefalopatía; y como causa fundamental, una cirrosis hepática micronodular.

Segundo.- El 7 de septiembre de 2004, Dña. xxxxx, D. aaaaa y Dña. bbbbb presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su fallecido esposo y padre, D. ppppp, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Consideran que existió un retraso de cinco años en el diagnóstico de una pericarditis, a pesar de que los síntomas del paciente y los informes médicos privados aportados por éste debieron hacer posible el diagnóstico, con lo que se impidió a aquél beneficiarse de un tratamiento médico que podría haberle evitado ingresos hospitalarios, complicaciones, molestias y la intervención de pericardiectomía, tras la que falleció, privándole, además, de la posibilidad de un trasplante hepático que precisaba desde 1998.

Reclaman como indemnización 150.000 euros.

Adjuntan a su reclamación, además de determinados documentos que obran en la historia clínica, un informe médico de la Clínica ccccc, de fecha 23 de diciembre de 1998, la certificación del fallecimiento de D. ppppp, así como bibliografía sobre la pericarditis.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica remitida por el Hospital hhhhh de xxxxx, los informes médicos que se relacionan seguidamente:

- Informe de la Inspección Médica, de 17 de noviembre de 2005.
- Informe médico, realizado con fecha 26 de enero de 2006, a solicitud de la compañía aseguradora.
- Informe del Jefe de la Sección de Aparato Digestivo del hospital, fechado el 22 de septiembre de 2006.



Cuarto.- Mediante escrito de 16 de febrero de 2006, el Jefe de Servicio de Inspección comunica a la Gerencia de Salud de Área que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Quinto.- Concedido el trámite de audiencia, notificado el 28 de febrero de 2006, no consta que se haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Sexto.- El 8 de junio de 2006, previa solicitud de los reclamantes, se les notifica el certificado acreditativo del silencio administrativo producido en el procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Séptimo.- Incorporada nueva documentación al expediente, se concede nuevo trámite de audiencia, notificado el 2 de octubre de 2006, sin que conste que los reclamantes hayan presentado alegaciones o documento alguno.

Octavo.- Con fecha 10 de noviembre de 2006, el Director General de Desarrollo Sanitario propone desestimar la reclamación planteada.

Noveno.- Consta en el expediente la interposición por parte de los interesados de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, cuyo expediente es objeto del presente dictamen, y la recepción de dicho expediente en el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León el 20 de noviembre de 2006.

Décimo.- Con fecha 5 de diciembre de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.

Undécimo.- El 19 de diciembre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden 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, en lo sustancial, 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que los interesados presentan la reclamación (el 7 de septiembre de 2004) hasta que se formula la propuesta de orden (el 5 de diciembre de 2006). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de 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, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx, D. aaaaa y Dña. bbbbb por el fallecimiento de su esposo y padre, D. ppppp, que consideran imputable al retraso en el diagnóstico de una pericarditis en el Hospital hhhhh de xxxxx.



La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. En efecto, consta que se interpuso el 7 de septiembre de 2004, antes de transcurrir un año desde que se produjo el fallecimiento del paciente, que tuvo lugar el 18 de marzo de 2004.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de 5 de diciembre de 2006 que conduce a desestimar la reclamación del interesado. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que los reclamantes imputan a los servicios sanitarios públicos.

La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica –teoría que se ha ido afinando por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 o 3623/2003)– parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, 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.



Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

En el caso sometido a dictamen, los reclamantes alegan la existencia de un retraso en el diagnóstico de la enfermedad –pericarditis constrictiva crónica– que impidió al paciente beneficiarse de un trasplante hepático así como de un tratamiento médico adecuado que evitara su fallecimiento.

Los informes médicos obrantes en el expediente ponen de manifiesto que el paciente fue examinado y diagnosticado conforme a los síntomas que iba presentando en cada momento.

El informe realizado a instancia de la compañía aseguradora señala que en las consultas del mes de diciembre de 1998 “no se puede establecer el diagnóstico de pericarditis en el momento en el que consulta el enfermo, pues aunque ha presentado dolor torácico (10-12 días antes) el mismo ha desaparecido, al parecer se le había realizado un electrocardiograma que resultaba normal y no existía en la exploración física roce pericárdico, por lo que no se da ninguno de los datos que permitan establecer el diagnóstico de una pericarditis que necesariamente debemos considerar aguda, dada la aparición reciente de la sintomatología”.

Manifiesta, asimismo, que al acudir a la clínica privada existe una modificación tanto de la sintomatología como de la exploración física –existe un roce pericárdico– y del electrocardiograma. Afirma que si bien la presencia del roce pericárdico permite realizar directamente el diagnóstico de pericarditis –correcto a su juicio–, dicho roce tiene un carácter evanescente y cambiante de unas exploraciones a otras, por lo que no resulta extraño que no se le detectara tan solo unos días antes en la medicina pública. En cualquier caso, consideran que por el tiempo de evolución de la clínica se trataría de una pericarditis aguda cuya etiología más probable es viral.

Por su parte, la sección de aparato digestivo informa que al acudir a su consulta el paciente el 26 de enero de 1999, el cuadro de apariencia aguda que



presentaba en la clínica privada había cedido por completo y por ello se le indicó tratamiento para el control de sus patologías previas. Asimismo, se le indicó expresamente al paciente que si aparecía nuevamente la sintomatología, acudiese sin esperar a su cita programada para la revisión y se le aconsejó ser visto en cardiología.

El informe de la aseguradora afirma en sus conclusiones lo siguiente:

»La valoración cardiológica del paciente no mostró datos que permitan sostener el diagnóstico de pericarditis constrictiva. Dicha valoración se repitió en dos ocasiones más, la última en junio de 2002, sin que existiera ningún dato en las pruebas practicadas que permitiera sostener dicho diagnóstico.

»No es hasta finales de 2003 cuando el paciente presenta datos en las exploraciones complementarias realizadas que permiten establecer la sospecha de una pericarditis constrictiva.

»El diagnóstico se confirma de forma correcta, y dada la necesidad de realizar trasplante hepático, se plantea con buen criterio la necesidad de corregir quirúrgicamente la pericarditis constrictiva.

No cabe, por tanto, hablar de retraso en el diagnóstico. Se han realizado las pruebas adecuadas a los síntomas que iba presentando el paciente en cada momento, sin que, como indica el citado informe, se haya podido realizar el diagnóstico de pericarditis con anterioridad ante la ausencia en las pruebas practicadas al paciente (tres ecocardiogramas, varias radiografías de tórax y un Tc abdominal), de datos sugestivos de dicha posibilidad.

Respecto a la circunstancia de que un diagnóstico precoz hubiera permitido al paciente beneficiarse de un tratamiento adecuado a la enfermedad, el mencionado informe afirma:

»En caso de haber podido realizar un diagnóstico más precoz de la pericarditis constrictiva, circunstancia que resulta no factible en nuestro criterio, el tratamiento inicialmente se realiza con los diuréticos que el paciente estaba tomando.



»La cirugía se plantea habitualmente en los casos de pericarditis severa y de forma individualizada en el resto, por lo que es muy probable que en este caso, dada la patología de base del enfermo y la alta mortalidad de la cirugía pericárdica, la decisión quirúrgica se hubiera pospuesto en todo caso hasta el momento en el que no hubo más remedio que realizarla.

»Respecto al trasplante hepático, el mismo se indicó en el momento correcto, no estando indicada su realización desde el año 1998 como sostienen los reclamantes.

»La pericardiectomía realizada al paciente es una cirugía con una elevada mortalidad por lo que su práctica de forma más precoz no garantiza en este caso (en el que además posteriormente se requería un trasplante hepático) que se hubiera obtenido un resultado distinto.

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

Por su parte, el informe de la Inspección Médica llega a las mismas conclusiones y añade:

“No podemos saber cuál hubiera sido la evolución clínica del paciente con un diagnóstico más precoz, en caso de que hubiera sido decidida su intervención previamente, y si ésta hubiera tenido complicaciones o no, dada la patología de base del enfermo. Tampoco sabemos si la afectación pericárdica habría evolucionado o continuaría estabilizada, en caso en que no hubiera sido necesario un trasplante y no se hubiera realizado la pericardiectomía que se llevó a cabo.

»No estamos de acuerdo tampoco en la afirmación realizada en la reclamación de que con un diagnóstico precoz de la pericarditis se hubieran evitado ‘...ingresos hospitalarios, complicaciones, molestias, dolores abdominales, ascitis, derrames, edemas, hinchazones...’; ya que esas circunstancias se debieron a las descompensaciones hepáticas y diabéticas que sufrió progresivamente el enfermo, y no a la afección cardiaca”.

A la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha



quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, y puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta.

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 a instancia de Dña. xxxxx, D. aaaaa y Dña. bbbbb, representados por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. ppppp en el Hospital hhhhh (xxxxx).

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