CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero
Sr. Nalda García, Consejero y Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 23 de enero de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx y sus hijos D. xxxx1, D. xxxx2 y D. xxxx3,* 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 24 de octubre de 2013 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 Dña. xxxx y D. xxxx1, D. xxxx2 y D. xxxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxx4, esposo y padre de aquellos, en el Hospital hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 25 de octubre de 2013, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 770/2013, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- El 25 de julio de 2012 Dña. xxxx y D. xxxx1, D. xxxx2 y D. xxxx3 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del fallecimiento de D. xxxx4, esposo y padre de aquellos, el 3 de

febrero de 2012, que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a éste en el Hospital hhhh de xxxx1.

Afirman que se ha producido una pérdida de oportunidad terapéutica para el fallecido ya que "de haberse diagnosticado correctamente el aneurisma de aorta abdominal con la sintomatología que padecía, se hubiese podido realizar una intervención incluso un día antes de su fallecimiento". Manifiestan lo siguiente:

"Desde un primer momento no se consideró convenientemente que uno de los factores de riesgo del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es la hipertensión (HTA), presentándola D. xxxx4 como antecedente personal (tal y como consta reflejado en el informe de alta).

»El día 2/2/12 no se debió dar el alta al paciente y remitirle a su casa, ya que las molestias permanecían. En todo momento pensaron que se trataba de un cólico nefrítico complicado, y efectivamente la clínica del paciente era característica de esta patología, sin embargo, pasaron por alto realizar un diagnóstico diferencial (prueba diagnóstica) que descartase que esa clínica no era un aneurisma. Ese retraso diagnóstico privó (…) de someter al paciente a una operación que, sin bien hubiera sido compleja, habría otorgado alguna posibilidad de salvar al enfermo; cuando detectan el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal es ya muy tarde y no hay ninguna posibilidad de operarle.

»A mayor abundamiento, a los facultativos que trataron al paciente a su llegada al Servicio de Urgencias en la madrugada del 3 de febrero se les pasó por alto la evidente pérdida de sangre que muestran las analíticas de hemoglobina, el día 2 tiene 13,2 g/dl y el día 3 ha bajado a 10,5 g/dl, circunstancia que debía haberles alarmado pues significa un evidente sangrado.

»Todo ello sin perjuicio del retraso intolerable con el que asistieron a D. xxxx4 en las dos ocasiones que asistió al Servicio de Urgencias, pues en ambas tuvo que esperar 3 y 5 horas para ser atendido".

Adjuntan a su reclamación copia del Libro de Familia y de varios informes médicos.

Previo requerimiento de la Administración, cuantifican el importe de la indemnización reclamada en 139.323,52 euros, de acuerdo con los baremos fijados por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, al quedar viuda y tres hijos y aportan copia del certificado de defunción.

La reclamación, presentada en el registro de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio de la Comunidad de xxxx2, tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León el 27 de julio de 2012.

Segundo.- Obra en el expediente la siguiente documentación relevante:

a) Historia clínica de Atención Primaria y de Atención Especializada del paciente.

b) Informe del Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva del hospital de 18 de septiembre de 2012.

c) Informe del Jefe de la Unidad de Urgencias de 1 de octubre de 2012.

d) Informe del facultativo del Servicio de Urgencias que atendió al paciente, de 13 de noviembre de 2012.

e) Informe de la Inspección Médica de 29 de noviembre de 2012 (al que se adjunta bibliografía), cuyas conclusiones son las siguientes:

"D. xxxx4, como consecuencia de la asistencia prestada en la urgencia hospitalaria, perdió la oportunidad de recibir un tratamiento específico, al no realizarle un diagnóstico temprano del cuadro clínico que padecía (aneurisma de aorta), independientemente de que este es un cuadro clínico grave y el riesgo de muerte es alto, sobre todo cuando se produce rotura del aneurisma y el tamaño es mayor de 6 cm.

»El facultativo que le atendió estaba en periodo de formación (MIR III de familia) y ante la duda debería haber realizado una interconsulta con otros especialistas. El centro contaba con medios para el diagnóstico no así para una intervención quirúrgica de cirugía vascular.

»No consta que realizara interconsulta con el adjunto de Urgencias.

»No aplicó el protocolo para estos casos, según la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

(…)

»A pesar de que su diagnóstico era grave con riesgo para la vida, el paciente perdió la oportunidad de un tratamiento precoz aunque la mortalidad de esta patología es elevada".

f) Dictamen médico elaborado el 13 de mayo de 2013 por qqqq, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico), en el que se concluye lo siguiente:

"1. El paciente sufrió una rotura vascular aguda con hemorragia interna. El enfermo era portador de un aneurisma aórtico cuya presencia no era conocida.

»2. El pronóstico de esta complicación es muy malo aun cuando se trate en condiciones óptimas en un medio hospitalario, más aún si la rotura se produce en un entorno en el que no hay disponibilidad inmediata de la especialidad de cirugía vascular.

»3. La hipótesis más probable que puede establecerse de forma retrospectiva indica que se produjo una rotura contenida del aneurisma en el retroperitoneo.

»4. El paciente no se encontraba en un grupo de alto riesgo de padecer este proceso dada su edad y factores de riesgo cardiovascular.

»5. La presentación clínica fue atípica, con ausencia de síntomas orientadores y con ausencia inicial de datos de gravedad.

»6. En su primera consulta el día 02/02/12 el procedimiento diagnóstico planteado en el Servicio de Urgencias es completamente correcto. No hay ningún argumento que pueda asociarse a una mala práctica médica.

»7. En su segunda consulta el 03/02/12 no se habían producido cambios en el cuadro clínico pero existía persistencia del dolor, por lo que fue mantenido con tratamiento analgésico bajo observación hospitalaria. Durante las horas siguientes hay constancia de evaluaciones periódicas y administración de analgésicos. Con los datos disponibles consideramos que esta asistencia médica también fue adecuada.

»8. En la hipótesis de un diagnóstico más precoz debemos tener en cuenta que el paciente habría tenido que ser trasladado a Valladolid.

»9. Cualquier tiempo posterior a las 05:00 horas hubiera supuesto una rotura completa durante el traslado, con unas prácticamente nulas posibilidades de supervivencia.

»10. Dada la patología del enfermo, la necesidad de estabilización y el traslado a un centro especializado, consideramos que este tiempo máximo de retraso atribuible a la práctica médica no ha influido en el pronóstico final".

g) Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 27 de junio de 2013, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad "ha considerado que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación".

Tercero.- El 24 de abril de 2013 tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad un escrito firmado por los letrados de los interesados en el que, dado el tiempo transcurrido desde el último escrito presentado, solicitan "el impulso procesal oportuno que evite dilaciones indebidas".

Cuarto.- El 8 de julio se notifica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia.

El 18 de julio los reclamantes presentan un escrito en el que, con fundamento en el informe de la Inspección Médica, reiteran su pretensión resarcitoria.

Quinto.- El 10 de septiembre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación. En ella se expone que "no se puede considerar negligente la actuación de los facultativos que le atendieron en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh de xxxx1, sino que aquélla fue conforme a la *lex artis*, ya que se llevaron a cabo las exploraciones físicas y pruebas y pruebas complementarias adecuadas, no pudiéndose llegar, en ese primer momento, al diagnóstico del aneurisma por la presentación atípica del mismo, con ausencia de síntomas orientadores y con ausencia inicial de datos de gravedad, sin que se pueda achacar, por tanto, el fallecimiento del paciente a la actuación sanitaria".

Sexto.- El 30 de septiembre la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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

Séptimo.- Mediante Acuerdo del Presidente del Consejo Consultivo de Castilla y León de 7 de noviembre de 2013 se acuerda recabar, al amparo del artículo 57 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, un informe escrito de institución, entidad o persona con notoria competencia técnica en la materia, sobre aspectos concretos del expediente.

Asimismo, se suspende el plazo para la emisión del dictamen.

Octavo.- El 14 de enero de 2014 se recibe un informe, sin fecha, emitido por el catedrático de Angiología y Cirugía Vascular de la Universidad de xxxx3 y Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital hhhh1 de xxxx3, en relación con las cuestiones para cuya aclaración se solicitó aquel informe.

Recibido tal informe, se reanuda el plazo para la emisión del 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 Primera emitir el

dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.f) del Acuerdo de 31 de mayo de 2012, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la reclamación tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad (27 de julio de 2012) hasta que se formula la propuesta de orden (10 de septiembre de 2013). Esta circunstancia constituye un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente una infracción de los principios y criterios que han de regir 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 los reclamantes 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.

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.

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.

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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica 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 estén 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, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo discrepa del criterio de la Administración consultante y considera que la reclamación debe estimarse.

Ante la discrepancia existente entre el informe de la Inspección Médica (que considera que la reclamación debe estimarse) y el dictamen médico emitido por la aseguradora de la Administración (que no aprecia *mala praxis* médica ni influencia del retraso médico producido en el pronóstico final), este Consejo Consultivo consideró pertinente solicitar un informe pericial complementario a la Universidad de xxxx3, con el fin de aclarar determinadas circunstancias médicas relevantes para el análisis del asunto. Emitido el informe solicitado, realizado por el Catedrático de Angiología y Cirugía Vascular, éste ratifica los argumentos expuestos por la Inspección Médica en su informe.

A juicio de este Consejo, los argumentos claros y contundentes recogidos en el informe pericial del catedrático, que coinciden con los manifestados por la Inspección Médica en su informe, deben prevalecer sobre los razonamientos que se exponen en el dictamen médico emitido por la aseguradora de la Administración; y ello conduce a que la reclamación deba estimarse.

De acuerdo con los informes, ha de analizarse por separado la primera y la segunda consulta en Urgencias.

A) En cuanto a la primera asistencia en Urgencias, el paciente llegó a las 19:05 horas del 2 de febrero de 2012, derivado por su médico de Atención Primaria (que le estaba tratando por un cólico nefrítico). Se le realizó una exploración física y anamnesis y, como pruebas complementarias, una analítica y una Rx de abdomen, y se le suministró analgésico en dilución de 1.000 cc de suero fisiológico. Fue dado de alta a las 22:00 horas con el juicio diagnóstico de abdominalgia inespecífica con probable infección del tracto urinario y posible cólico nefrítico. Se le aconsejó hidratación por vía oral, antibióticos y antiinflamatorios y volver si empeoraba.

El dictamen médico señala que el procedimiento diagnóstico seguido en el Servicio de Urgencias fue completamente correcto, conforme con las guías clínicas de manejo del dolor abdominal-lumbar, y que "no hay ningún argumento que pueda asociarse a una mala práctica médica". Añade que "se realizó una correcta anamnesis y exploración física", que "no existían síntomas ni signos clínicos que sugirieran un proceso grave ni un proceso que requiriera cirugía urgente" y que "las pruebas complementarias no mostraron datos de gravedad" (radiografía normal, inexistencia de trastornos analíticos y análisis de

orina compatible con el diagnóstico). Señala que el diagnóstico clínico era típico de cólico reno-ureteral.

La Inspección Médica pone de manifiesto en su informe que, según el protocolo de actuación facilitado por el Coordinador de Urgencias, "para todo dolor abdominal existe un protocolo a seguir en la valoración del paciente, exploración física, pruebas complementarias que ayudan a realizar un diagnóstico diferencial descartando los posibles cuadros y llegar a un diagnóstico. (…) Si, a pesar de una valoración clínica pruebas complementarias, estas no son concluyentes, el paciente deberá mantenerse en observación y ser reevaluado cada 4-6 horas, evitando emplear analgésicos que puedan encubrir el cuadro".

En informe pericial del catedrático señala que la actuación del Servicio de Urgencias "parece ajustarse a lo consensuado en estos casos, aunque el resultado de la aplicación de la protocolización dependerá de cómo se ejecuta este".

En este sentido, la Inspección Médica advierte en su informe que "en la exploración física no consta la no palpación de masas abdominales ni la verificación de pulsos simétricos periféricos". El informe pericial del catedrático señala que "independientemente de lo reflejado en los informes médicos, si se realizó una exploración con palpación de la pared abdominal, ésta no aportó los datos oportunos para diagnosticar una patología que siempre se ha basado desde el punto de vista clínico de detectar clínicamente una `masa que late y expande´, que resulta difícil de entender que no se detectara si la exploración abdominal se realizó correctamente, salvo un estado importante de obesidad del paciente, teniendo en cuenta que el aneurisma tenía un tamaño de 68 mm. de diámetro". Expone que un aneurisma de ese tamaño "debería palparse como masa que late y expande en una exploración por palpación abdominal, siendo la misma menos fiable en pacientes obesos", y que "la palpación de pulsos femorales valorando la calidad de los mismos es un dato menos fiable".

Sobre la conveniencia de haberse valorado otras posibilidades para llegar a un despistaje diagnóstico, la Inspección Médica señala que no se realizó un diagnóstico diferencial del dolor abdominal como exige el protocolo. Pone de manifiesto que el paciente refirió presentar dolor desde hacía dos días, refractario al tratamiento prescrito por su médico de Atención Primaria, lo que

hubiera requerido descartar otros procesos y valorar otras posibilidades para llegar a un despistaje diagnóstico como figura en el protocolo de abordaje de dolor abdominal agudo. En este sentido, advierte que no se detallaron en los informes médicos las características de la valoración del dolor abdominal que debe realizarse en todo abdominalgia ni se dejó constancia de si el dolor había remitido cuando se le dio el alta.

Por otra parte, el informe pericial del catedrático indica que "es totalmente aconsejable que, ante la situación clínica que presentaba el paciente, el diagnóstico debería de haberse complementado con un estudio ecográfico a nivel lumbo-abdominal y más considerando que el diagnóstico inicial era de cólico nefrítico". Expone que es muy frecuente la existencia de este medio diagnóstico en los Servicios de Urgencias (el Hospital hhhh1 de xxxx3, centro donde si se hubiera realizado el diagnóstico en un tiempo adecuado para el tratamiento se hubiera enviado al paciente para su intervención, dispone de este medio, lo mismo que los centros de salud de Atención Primaria, conociendo que en nuestra Comunidad Autónoma se ha realizado cursos de aprendizaje para los médicos de familia, previo a la dotación de este medio instrumental, habiéndosenos informado que se han realizado en muchos centros de atención primaria). Asevera que con el estudio ecográfico se "hubiera obtenido el diagnóstico de certeza casi con toda seguridad" y corroborado con la realización de un TAC abdominal. Esta afirmación vuelve a reiterarla al señala que la prueba complementaria que debería haberse realizado ante el diagnóstico de cólico nefrítico era una ecografía, ya que hubiera aportado datos de la existencia de un aneurisma de aorta abdominal, y, ante mayor sospecha o falta de diagnóstico de certeza, debería haberse practicado un TAC abdominal.

Finalmente, no cabe obviar que, tal y como advierten la Inspección Médica y el catedrático en sus informes, los médicos en periodo de formación (en este supuesto, MIR III en especialidad de familia) deben estar continuamente tutorizados por el facultativo al que estén adscritos y al que deberán consultar en aquellos casos dudosos o complejos que lo hagan aconsejable, teniendo en cuenta la responsabilidad que conlleva la actuación médica y la mayor experiencia del adjunto. Y en este caso no consta que el médico consultara al facultativo especialista de área de Urgencias.

B) En cuanto a la segunda consulta a Urgencias, el paciente acudió a las 3:20 horas del día 3 de febrero de 2012, por persistir el dolor de las mismas características, a pesar de haber tomado paracetamol y buscapina a la 1:00 horas.

La Inspección Médica afirma que ante la rebeldía al tratamiento debería haberse planteado "realizar un diagnóstico diferencial con otros tipos de dolor abdominal, realizándose una ecografía abdominal y en la exploración abdominal ser más exhaustivo buscando el origen del dolor para descartar si es médico o quirúrgico".

Por su parte, el informe pericial del catedrático considera que, ante la persistencia del dolor a pesar del tratamiento pautado, debería haberse realizado una ecografía abdominal (ya en la primera consulta a Urgencias hubiera sido aconsejable realizar un diagnóstico diferencial con otro tipo de afecciones que producen dolor abdominal). Afirma que "En el cólico nefrítico está establecido claramente que hay que realizar un diagnóstico diferencial con la ruptura del aneurisma de aorta abdominal" y reprocha que "por parte de todos los facultativos de Atención Primaria y Urgencias se ha procedido a realizar un tratamiento para el cólico nefrítico sin tener un diagnóstico de certeza".

Finalmente, en relación con la pérdida de oportunidad terapéutica que se ha alegado por los reclamantes, el informe pericial es rotundo al afirmar que si se hubiera diagnosticado la patología antes de realizar el TAC sobre las 8:00 horas del día 3 de febrero (el fallecimiento se produjo a las 13:40 horas de ese día) el paciente habría tenido posibilidades de superar la grave situación que padecía; y pondera las probabilidades de supervivencia en un 85 % con un diagnóstico precoz en Atención Primaria, en un 70 % de haberse diagnosticado en la primera consulta en Urgencias y en un 50 % si se hubiera alcanzado el diagnóstico en la segunda consulta a Urgencias sin esa demora de casi 5 horas hasta que se realizó el TAC.

En conclusión, los argumentos recogidos en los informes de la Inspección Médica y del catedrático de Angiología y Cirugía Vascular son, a juicio de este Consejo, más convincentes y sólidos que los expuestos en el dictamen médico de la aseguradora de la Administración. Por tanto, a la vista de aquellos informes, puede concluirse que la actuación del Servicio de Urgencias no fue

ajustada a la *lex artis ad hoc*, al no haber realizado una exploración física completa ni un diagnóstico diferencial de la patología que presentaba el paciente ante la falta de certeza del diagnóstico alcanzado. Por ello, la reclamación debe estimarse.

6ª.- Respecto al importe de la indemnización, la falta de adecuación a la *lex artis* se produjo ya en la primera consulta en Urgencias, tal y como señalan los informes, por lo que, según el informe del catedrático, el porcentaje de supervivencia se pondera en un 70 %.

Conforme a los baremos indemnizatorios establecidos para el año 2012 y publicados por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (que se acogen como criterio orientativo, para los casos de fallecimiento de la víctima menor de 65 años, con cónyuge e hijos mayores de 25 años, se prevén indemnizaciones de 111.458,83 euros para el cónyuge y de 9.288,23 euros para cada hijo. Lo que, en el supuesto analizado supone una cantidad de 139.323.52 euros, que coincide con la cantidad reclamada.

Al aplicar a la cantidad reclamada el porcentaje de supervivencia que hubiera tenido el paciente si hubiera sido correctamente diagnosticado en la primera consulta en Urgencias (70 %), la indemnización a abonar ha de ser de 104.492,64 euros, cantidad que deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo previsto en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

III
CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución estimatoria parcial, por importe de 97.526,46 euros, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx y D. xxxx1, D. xxxx2 y D. xxxx3, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxx4, esposo y padre de aquellos, en el Hospital hhhh de xxxx1.

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