



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de octubre de 2023, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. yyy1, y de D. yyy2 y Dña. yyy3*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 394/2023

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 13 de septiembre de 2023 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. yyy4 y D. yyy5, en nombre y representación de Dña. yyy1 y de D. yyy2 y Dña. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. yyy6.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 14 de septiembre de 2023, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 394/2023, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Herrera Campo.

Primero.- El 19 de octubre de 2021 Dña. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3, representados por D. yyy4 y D. yyy5, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria recibida por



D. yyy6, cónyuge y padre de los reclamantes, que falleció con 57 años en el Hospital hhh1 de xxxx.

Los reclamantes consideran que el fallecimiento del paciente se debió a una deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital hhh1 de xxxx, inactividad del personal sanitario y ausencia del tratamiento apropiado en el paciente, entendiéndose que con ello se agravaron sus patologías previas y se condicionó su fallecimiento, que tuvo lugar el 16 de diciembre de 2020. Afirman que el paciente debió haber sido atendido de manera presencial y no telefónica, de acuerdo con los requerimientos que al efecto formularon la familia y el propio perjudicado.

Adjuntan a la reclamación documento acreditativo de la representación y el libro de familia, así como diversa documentación clínica.

Cifran la indemnización reclamada en un importe de 246.531,97 euros.

Solicitan la apertura de periodo probatorio en el que se incorpore al expediente la historia clínica del paciente.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica del paciente, los informes siguientes:

- Informe del jefe de la Unidad de Aparato Digestivo del Hospital hhh1 de xxxx de 30 de noviembre de 2021.

- Informe del jefe del Servicio de Neurología del Hospital hhh1 de xxxx de 25 de noviembre de 2021.

- Informe del médico de familia del centro de salud de Tudela de Duero de 26 de enero de 2022.

- Informe del inspector médico de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx de 18 de febrero de 2022.

- Informe médico pericial del especialista en aparato digestivo a instancia de la aseguradora de la Administración de 11 de mayo de 2022.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 16 de enero de 2023 los reclamantes presentan alegaciones en las que se ratifican en su reclamación y sus pretensiones anteriores. Manifiestan su disconformidad con los informes



emitidos durante la instrucción del expediente y solicitan la estimación de su reclamación.

Cuarto.- El 22 de agosto de 2023 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación, al considerar que no se ha acreditado una *mala praxis* en la asistencia dispensada a D. yyy6, cónyuge y padre de los reclamantes, en el Hospital hhh1 de xxxx.

Quinto.- El 30 de agosto de 2023 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

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.i), 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.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014 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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (19 de octubre de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (22 de agosto de 2023). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como 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 como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP),



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 LPAC, y consta debidamente acreditada su representación.

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 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que se remite el artículo 81 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) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra 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 aquel 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 solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este 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.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 4 de



noviembre de 2021, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), 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 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 beneficiosa para el paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del supuesto planteado, ha de valorarse si la asistencia prestada al esposo y padre de los reclamantes fue o no adecuada a la *lex artis*.

Debe recordarse que la prueba de los hechos en que se basa la reclamación es una carga de los interesados, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, aunque la Administración tiene la obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio, en mayor medida en los casos en que los datos estén solo en poder de aquella. De la misma manera, los hechos impositivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).

Conforme resulta con mayor detalle de los documentos que obran en el expediente, D. yyy6, de 57 años en el momento de su fallecimiento, inició asistencia sanitaria en 2008 por alteraciones hepáticas, y presentaba patología de base consistente en hepatopatía crónica, cirrosis hepática, insuficiencia hepatocelular, e inicio de encefalopatía hepática en el año 2018. Presentaba además hipertensión portal, enfermedad de Crohn, nefrolitiasis derecha, esplenomegalia y colelitiasis, y fue estudiado por la Unidad de Hepatología del Hospital hhh2 de xxxx para valorar trasplante hepático, que fue descartado, por no cumplir los criterios, en sesión clínica de 20 de marzo de 2019.

Durante el año 2019 el paciente se mantiene estable, hasta el mes de noviembre en el que por parte del Servicio de Digestivo del Hospital hhh2 de xxxx se consideró que el paciente padecía una encefalopatía hepática mínima. Un mes después la situación era estable, sin apreciarse cambios



clínicos o analíticos que precisaran una nueva valoración o cambios en el seguimiento o tratamiento.

El 3 de febrero de 2020 acudió a Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx. El diagnóstico fue de encefalopatía hepática, y se pautó la necesidad de añadir enemas de limpieza y mantener la medicación.

El 19 de febrero de 2020 acudió a su médico de familia para solicitar el primer parte de confirmación de baja laboral por encefalopatía hepática desde el 6 de febrero de 2020, procediéndose a la revisión del tratamiento.

El 25 de marzo de 2020 acudió a consulta con su médico de familia para recoger el segundo parte de confirmación de baja laboral, manifestando alteración del equilibrio y pérdida de fuerza en las piernas, indicándosele que contactara con especialista de Digestivo por empeoramiento clínico.

El 12 de mayo de 2020 acudió a consulta presencial con su médico de familia por un dolor lumbar que irradiaba a la ingle derecha, siéndole pautado un tratamiento analgésico. El 21 de mayo de 2020 acude de nuevo por empeoramiento de dolor lumbar con parestesias en extremidad y claudicación en la marcha, por lo que se solicitó un estudio radiográfico de la columna vertebral, interconsulta con fisioterapia, y también con el Servicio de Traumatología del Hospital hhh1 de xxxx.

El 28 de mayo la esposa del paciente contacta telefónicamente con el médico de familia, que le informa que los resultados de la radiografía de la columna vertebral habían arrojado un resultado normal.

El 3 de junio de 2020, tras ser valorado en su domicilio por el médico de familia al presentar inestabilidad y alteración en la marcha sin otros signos de encefalopatía, se contacta con Digestivo, y se acuerda completar el estudio por el Servicio de Neurología, a la espera de volver a remitir al paciente a la Unidad de Trasplante hepático.

El 25 de junio 2020 se recoge en la historia clínica de Atención Primaria la interconsulta con el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica por lumbalgia, dolor lumbar derecho irradiado por extremidad inferior hasta el talón con parestesias y claudicación, con diagnóstico discopatía L5-S1 y encefalopatía hepática. Existe también anotación sobre consulta con Digestivo. Se solicita interconsulta con Neurología, EEG y



analítica completa con amonio, constando consultas los días 3, 7 y 8 de julio de 2020.

El 8 de julio de 2020 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx por déficit en extremidades derechas de tres meses de evolución, comenzando con sensación de rigidez en el primer dedo del pie derecho y a continuación déficit motor en extremidad inferior derecha y acorchamiento de dedos de pie y más tarde en extremidad superior derecha. No presenta desviación de la comisura bucal, ni defectos visuales u otras facilidades ni traumatismo.

El paciente es ingresado a cargo del Servicio de Digestivo por amonio a 244 y con el diagnóstico de déficit motor con piramidalismo de extremidad derecha en estudio. Trasladado al Servicio de Neurología, completa el estudio mediante resonancia magnética cerebral, observándose infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda. Ante la presencia de infarto se decidió ampliar el estudio, que tras estudio de ecodoppler descartó la existencia de una patología ateromatosa significativa.

El ecocardiograma transtorácico objetivó pequeñas placas de ateroma en la raíz aórtica y cayado SIA con movilidad aumentada sin cumplir criterios de aneurisma. El estudio del paciente se completó con serología e inmunología y estudio de coagulación ampliado. Se mantuvo la agregación simple con prevención secundaria siendo mantenido también el resto del tratamiento. El diagnóstico principal al alta que se produjo el 17 de julio de 2020 fue de infarto isquémico en territorio de la ACM izquierda de etiología indeterminada, y se indicó la necesidad de realizar rehabilitación.

El 20 de julio de 2020 figura consulta con su médico y enfermero de familia. Y el 30 de julio de 2020 la familia del paciente contactó con el médico de Atención Primaria reclamando la citación desde Rehabilitación, realizándose ese mismo día una interconsulta preferente con el servicio.

El 6 de agosto de 2020 se realizó un control telefónico con Neurología. Figuran además consultas los días 12, 18, 20 y 26 de agosto de 2020 con su médico de Atención Primaria y enfermero de familia.

El 19 de agosto de 2020 fue evaluado en consulta externa del Servicio de Digestivo, indicándose que la hepatopatía crónica parecía estable. Se programó nueva consulta pasados seis meses, con analítica y ecografía.



El 1 de septiembre de 2020 tiene lugar consulta presencial con Rehabilitación por hemiparesia derecha, iniciando tratamiento de fisioterapia el 7 de septiembre de 2020, que el 30 de septiembre de 2020 se indica debe continuar. El 17 de noviembre de 2020 se realiza revisión.

El 4 de octubre de 2020 en consulta externa del Servicio de Digestivo no se detectan datos que justificaran un deterioro de la función hepática ni necesidad de cambio de tratamiento.

El 2 de noviembre de 2020 es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx por cuadro de 48 horas de evolución de desorientación y enlentecimiento. Se ajustó el tratamiento con medidas de anti-encefalopatía. Se procedió a dar de alta con recomendaciones de tratamiento, dieta sin sal, evitar hipnóticos, Duphalac a demanda, rifamixina, y acudir a consultas externas de Aparato Digestivo como tenía pautado.

El 11 de noviembre de 2020 la médico de familia constató empeoramiento del paciente y contactó con el Servicio de Aparato Digestivo, confirmándose a la especialista que a pesar de la falta de criterios se iba a enviar de nuevo al paciente a la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital hhh2 de xxxx.

El 27 de noviembre de 2020 el paciente acude a consulta de Neurología, donde se comprobó que estaba realizando rehabilitación, con mejoría parcial de la pared de extremidades derechas con dificultades para caminar. Durante el seguimiento se completó el estudio etiológico y se comprobó que el tratamiento de prevención secundaria era adecuado, pues no había ninguna cardiopatía activa.

El 7 de diciembre de 2020 acude al Servicio de Urgencias, refiriendo desde el día anterior dificultad para hablar y lengua inflamada, por lo que se gestiona el ingreso en Digestivo por encefalopatía hepática, y se realiza interconsulta con Neurología por dudoso ACV, que finalmente se descarta tras evidenciar la clínica de encefalopatía. Se instauraron medidas anti-encefalopatía con evolución favorable, y se da alta el 10 de diciembre de 2020, al presentar el paciente una conversación fluida, tolerar dieta y no presentar datos de infección ni reactantes de fase aguda elevados. El diagnóstico es de encefalopatía hepática grado II. Se prescribió el mismo tratamiento farmacológico que tomaba en su domicilio, y la recomendación de seguir realizando dos o tres deposiciones blandas al día.



Consta información asistencial en historia de Atención Primaria los días 3, 5, 8, 11, 13, 16, 23 y 25 de noviembre, y 9 y 11 de diciembre de 2020.

El 13 de diciembre de 2020 el paciente presenta dificultades para moverse, vómitos y temblores desde por la mañana, por lo que se le derivó en unidad de soporte vital básico al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx. Con diagnóstico de encefalopatía hepática reagudizada e infección del tracto urinario, es ingresado para seguimiento por especialista hospitalario de Aparato Digestivo. Se ajusta el tratamiento y se solicitan cultivos en caso de que hubiera fiebre.

El 14 de diciembre de 2020, a las 7:30 horas, se avisa por un bajo nivel de conciencia, encontrándose el paciente arreactivo a la llamada y al dolor. Presenta saturación con reservorio de 90 % y temperatura de 40°. Se avisa a la UVI para reevaluación, se solicita analítica urgente, hemograma, bioquímica, coagulación y GA, TAC cerebral, y se extraen hemocultivos.

En el TAC se objetiva probable lesión isquémica vascular aguda en territorio de la arteria cerebral media derecha, lesión isquémica cerebelosa crónica adicional. Se avisa al Servicio de Neurología de guardia, y se amplía el estudio, informándose de que probablemente hubiera tenido otro ACV. En consideración a la situación basal del paciente se desestima el tratamiento específico de ictus. Consultada de nuevo la UVI para valoración del paciente, informa que ya había sido desestimado por su situación basal. Ante la clínica se informa a la familia del mal pronóstico.

El 15 de diciembre de 2020 se avisa a enfermería, ante la insistencia de la familia que demandaba continuamente atención médica y la evaluación por parte del UCI. Se explica de nuevo a la familia el mal pronóstico del paciente, que presentaba fiebre mantenida de 39 °C, que no cedía a las medidas físicas y al paracetamol. El paciente presentaba además diuresis escasa a pesar de la sueroterapia y deposición escasa con el enema. Se realiza interconsulta con Neurología para seguimiento, teniendo pautado un TAC al día siguiente.

El 16 de diciembre de 2020, a las 3:30 horas, presenta episodio de crisis convulsiva, avisándose al Servicio de Medicina Interna. A las 4:45 horas se agrava la situación clínica del paciente que por desgracia fallece finalmente a las 6:30 horas.



Los reclamantes consideran en su escrito que el agravamiento de las patologías del paciente se debió a la deficiente asistencia sanitaria recibida, a la inactividad del personal sanitario que lo atendió, así como a la falta de un tratamiento adecuado. Añaden que debió haber sido atendido de forma presencial y no telefónica, tal y como la familia requirió en diversas ocasiones.

Pese a las manifestaciones esgrimidas al respecto por los reclamantes, la historia del paciente pone de manifiesto que la actuación médica fue correcta y la atención dispensada fue la adecuada, así como que las consultas, tal y como ha quedado expuesto en párrafos precedentes, y como resulta del análisis de la historia clínica del paciente, tuvieron lugar no solo de forma telefónica sino también de forma presencial. Destaca la propuesta de orden que en el proceso asistencial y de seguimiento y control del paciente intervinieron especialistas correspondientes a diferentes áreas, en función de la clínica y las necesidades de aquél en cada momento. Así, consta la intervención de especialistas del Servicio de Urgencias, Atención Primaria, Medicina Interna, Aparato Digestivo, Neurología, UCI, Rehabilitación, Análisis Clínicos, Farmacia y Enfermería.

En cuanto a las consultas telefónicas, la propuesta de orden recuerda que el periodo temporal al que se refieren los hechos reclamados se produce durante la pandemia causada por la COVID-19, con las consiguientes medidas sanitarias impuestas.

Los informes médicos incorporados al expediente coinciden al considerar que el tratamiento dispensado al paciente fue el correcto y que la asistencia dispensada fue correcta.

Así, el informe de la Inspección Médica, al pronunciarse acerca de la falta de atención presencial denunciada por los reclamantes, indica en su conclusión primera que: "En la historia clínica del paciente e informes asistenciales de los médicos especialistas que intervinieron en la asistencia, se constata el seguimiento efectuado en el proceso con citas presenciales y telefónicas. También se prueba la intervención en la asistencia por Urgencias y Medicina de Familia de atención primaria, y en atención especializada por Urgencias, Medicina Interna, Aparato Digestivo, Neurología, UCI, Rehabilitación, Análisis Clínicos, Farmacia hospitalaria y hospitalización/evolutivo de enfermería. Este seguimiento se indica en los respectivos informes, a los que se remite, y que pormenorizan cronológicamente el seguimiento efectuado al paciente. Cabe destacar el periodo de tiempo de los hechos motivo de la reclamación, que se producen durante el inicio y desarrollo de la primera ola de la



pandemia por Covid 19 en España y como se ha dicho en el anterior punto 2.- 1 para la prevención y protección a las personas vulnerables frente a la contagiosidad SARS Cov 2”.

En términos similares se pronuncia el jefe del Servicio de Neurología del Hospital hhh1 de xxxx, al señalar en su informe que: “Respecto a la queja de la familia por desatención y abandono, creo que la historia clínica permite mantener que la atención recibida por el paciente fue correcta y multidisciplinar. En la toma de decisiones clínicas relevantes participaron facultativos de hasta cuatro Servicios (Digestivo, Medicina Interna, Neurología, UCI). El paciente presentaba una patología grave de base, sobre la que se añadieron complicaciones agudas graves que no respondieron al tratamiento médico. Por parte de Neurología, hemos proporcionado una atención completa en todo momento e inmediata en cuanto nos han avisado (...)”.

El informe pericial elaborado por una especialista en Aparato Digestivo, a instancia de la aseguradora de la Administración, indica en sus conclusiones lo siguiente:

“Cuarta: El paciente recibió una atención correcta y multidisciplinar con implicación de servicios de Ap. Digestivo, Medicina Interna, Neurología y Unidad de cuidados intensivos.

»Quinta: Los hechos se produjeron durante la primera ola de la pandemia Covid, por el Real Decreto 463/2020 del 14 de marzo, existían restricciones de movilidad y debido a la saturación asistencial de servicio sanitario se planteó una regulación asistencial por el riesgo de contagio para toda la población, pero en especial a personas vulnerables con patologías graves por el elevado riesgo de contagio y mortalidad por SARS-CoV-2 como era el caso de D. yyy6”.

En cuanto al ingreso del paciente el 8 de julio de 2020, y en particular, en lo atinente a las afirmaciones de los reclamantes de que el paciente no fue ingresado ni en la unidad de ictus ni en la UCI, en el informe de la Inspección Médica se indica lo siguiente:

“El ingreso se produce en Neurología al tener el paciente un ictus de la arteria cerebral media.



»El ingreso en las Unidades específicas, UCI O ICTUS, requiere unas condiciones fisiológicas orgánicas y funcionales concretas en los pacientes de acuerdo con los protocolos asistenciales existentes según la evidencia científica que se recoge las guías internacionales para poder llevar a cabo intervenciones terapéuticas con la finalidad de mejorar el estado clínico del paciente. Por parte de los respectivos especialistas de neurología y UCI no se indicó su traslado por no ser candidato a su ingreso ni a medidas invasivas. Por parte de Neurología, se descartó que el paciente fuese candidato a algún tratamiento urgente por el supuesto *ictus*, ya que no se apreció una oclusión arterial que lo justificara”.

A idénticas conclusiones llegan el informe del jefe de Unidad de Aparato Digestivo del Hospital hhh1 de xxxx y el informe médico pericial elaborado a instancias de la aseguradora de la Administración, que señala que “El 8 Julio 2020, el paciente ingresa en el H. hhh1 de xxxx en el servicio de neurología por el diagnóstico de infarto isquémico en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, el paciente recibe el tratamiento por parte de neurología y se le citó al alta para prueba complementarias y control en consultas de neurología. Al alta se indicó tratamiento con antiagregación simple con ácido acetil salicílico (AAS)”. Por lo que, añade, “de acuerdo con los protocolos vigentes en neurología la *praxis* fue adecuada”.

En relación con la falta de atención denunciada por los reclamantes durante el ingreso en el Servicio de Urgencias el 7 de diciembre de 2020, y en concreto en cuanto a sus afirmaciones de que no se le prescribió tratamiento a pesar de la grave enfermedad que padecía y de que fue dado de alta sin habersele prescrito ningún tipo de medicación, el informe de la Inspección Médica señala que “En la historia clínica de atención primaria, en la propia del hospital hhh1 de urgencias y de las diferentes especialidades así como en los informes asistenciales se reflejan los tratamientos prescritos al alta, acordes con la patología de base del paciente”. A la misma conclusión llega el informe elaborado a instancia de la aseguradora de la Administración, que, en el ordinal IX del apartado titulado “análisis de la *praxis médica*”, señala:

“El paciente reingresa de nuevo el 7/12/20 por clínica de bradipsiquia y dificultad en el habla además de su hemiparesia residual ya conocida.

»Tras haberse considerado inicialmente usa causa neurológica, mejorar con las medidas anti encefalopatía habituales y descartarse signos



infecciosos o signos radiológicos de ictus puede ser dado de alta el 10/12/20 recomendándose un aumento de dosis de la lactulosa para asegurar un mayor número de deposiciones por lo que la praxis fue ajustada a *lex artis ad hoc*".

Por último, y en relación con la actuación dispensada durante el último de los ingresos del paciente, el 13 de diciembre de 2020, que tras un progresivo empeoramiento desembocó en su fallecimiento, el informe del jefe de Unidad de Aparato Digestivo indica que: "(...) El paciente es valorado por el servicio de UVI que no consideró el ingreso en cuidados intensivos. El servicio de Neurología tampoco consideró indicado el tratamiento específico de su ictus por su enfermedad de base. Se produjo el fallecimiento del paciente el 16 de diciembre de 2020.

»Según mi criterio, el padecimiento de dos enfermedades graves: una cirrosis hepática complicada con una encefalopatía hepática adecuadamente tratada, y una enfermedad neurológica vascular manifestada con, por lo menos, dos *ictus* en 6 meses, han condicionado la mala evolución clínica y fallecimiento (...)".

En el mismo sentido, el informe del jefe de Servicio de Neurología del Hospital hhh1 de xxxx manifiesta que "(...) El paciente presentaba una patología grave de base, sobre la que se añadieron complicaciones agudas graves que no respondieron al tratamiento médico (...)". Y el pericial de la especialista en Aparato Digestivo, que señala que: "(...) el padecimiento de dos enfermedades graves como son la cirrosis hepática complicada con EH a pesar de estar adecuadamente tratada y una enfermedad neurológica vascular manifestada con dos probables ictus en 6 meses condicionaron una mala evolución clínica y el fallecimiento del paciente sin objetivar datos de *mala praxis* asistencial".

La propuesta de orden asume las conclusiones contenidas en el informe de la Inspección Médica, parcialmente ya citadas, según las cuales:

"(...) En la historia clínica del paciente e informes asistenciales de los médicos especialistas que intervinieron en la asistencia, se constata el seguimiento efectuado en el proceso de citas presenciales y telefónicas. También se prueba la Intervención en la asistencia por Urgencias y Medicina de familia de atención primaria, y en atención especializada por Urgencias, Medicina Interna, Aparato Digestivo, Neurología, UCI Rehabilitación, Análisis Clínicos, Farmacia hospitalaria y hospitalización/evolutivo de enfermería. Este



seguimiento se indica en los respectivos Informes, a los que se remite, y que pormenorizan cronológicamente el seguimiento efectuado al paciente. Cabe destacar el periodo de tiempo de los hechos motivo de la reclamación que se producen durante el inicio y desarrollo de la primera ola de la pandemia por Covid 19 en España y como se ha dicho en el anterior punto 2. -1 para la prevención y protección a las personas vulnerables frente a la contagiosidad SARS Cov- 2.

»(...) En la historia clínica de atención primaria, en la propia del hospital hhh1 de urgencias y de las diferentes especialidades así como en los informes asistenciales se reflejan los tratamientos prescritos al alta, acordes con la patología de base del paciente.

»(...) El ingreso se produce en Neurología al tener el paciente un *ictus* de la arteria cerebral medía.

»El ingreso en las Unidades específicas, UCI o ICTUS requiere unas condiciones fisiológicas orgánicas y funcionales concretas en los pacientes de acuerdo con los protocolos asistenciales existentes según la evidencia científica que se recoge las guías Internacionales para poder llevar a cabo intervenciones terapéuticas con la finalidad de mejorar el estado clínico del paciente. Por parte de los respectivos especialistas de neurología y UCI no se indicó su traslado por no ser candidato a su ingreso ni a medidas invasivas. Por parte de Neurología, se descartó que el paciente fuese candidato a algún tratamiento urgente por el supuesto ictus, ya que no se apreció una oclusión arterial que lo justificara.

»(...) La historia e informes clínicos de urgencias e ingreso del paciente registra la atención recibida por el paciente de carácter multidisciplinar con los medios técnicos empleados y los profesionales sanitarios implicados. Se observa la participación y seguimiento de diferentes Unidades asistenciales en la toma de decisiones clínicas relevantes participando facultativos de los Servicios de Urgencias, Digestivo, Medicina Interna, Neurología, UCI. El paciente presentaba una patología grave de base, sobre la que se añadieron complicaciones agudas graves que no respondieron al tratamiento médico. De acuerdo con el Informe del Jefe de Servicio de Neurología el proceso que condujo al fallecimiento del paciente fue un cuadro febril (sospecha de broncoaspiración según nota de infecciosas) en el contexto de una hepatopatía crónica grave descompensada, sin poder descartar que se haya añadido un evento neurológica agudo nuevo, algo que no se pudo confirmar (...).



»A la vista de las actuaciones practicadas de acuerdo con las Conclusiones Primera y Segunda, no habiéndose observado vulneración de la *lex artis* ni la existencia de nexo causal entre la asistencia y el fallecimiento del paciente(...)”.

Frente a todo lo anterior, es preciso destacar que las manifestaciones de los reclamantes cuestionando gravemente la atención dispensada, y con ello su adecuación a la *lex artis*, no cuentan con el aval o respaldo de un informe médico pericial, y necesariamente deben ceder ante la unanimidad, claridad y contundencia de los informes que sí se han incorporado al expediente y que concluyen a favor de la corrección del tratamiento dispensado. Unos juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

Por lo expuesto, dado que en este supuesto no se ha acreditado una vulneración de la *lex artis*, no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyy1, D. yyy2 y Dña. yyy3, representados por D. yyy4 y D. yyy5, debido a los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de D. yyy6, como consecuencia de la atención sanitaria dispensada en el Hospital hhh1 de xxxx.

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