



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 2 de agosto de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN 313/2024**

### **I**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 26 de junio de 2024 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. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 27 de junio de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 313/2024, 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 presidente del Consejo, correspondió su ponencia al consejero Sr. Herrera Campo.

**Primero.-** El 13 de mayo de 2022 D. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Complejo Asistencial de xxx1, a cuyo Servicio de Urgencias acudió el 28 de octubre de 2021, siéndole diagnosticado un dolor abdominal inespecífico tras la exploración y las pruebas practicadas.

Expone que el 21 de diciembre siguiente, y por incremento de sus dolores, acude nuevamente a dichas urgencias, a las que se ve obligado a



volver a última hora de ese mismo día, tras haber sido dado de alta a su domicilio, "ante su insoportable situación". Es ingresado al día siguiente en el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital, desde donde se solicita TAC ABD que detecta "trombosis portal, vena mesentérica superior-ramas y vena esplénica. Signos de sufrimiento-isquemia de brazo, asas de intestino delgado y de ciego". Desde "cirugía vascular de xxx2" se recomienda tratamiento anticoagulante, sin indicación quirúrgica en el momento actual. Pero cuatro días después del ingreso, ante una mala evolución con empeoramiento respiratorio y abdominal, se realiza al paciente un nuevo TAC, ante cuyos hallazgos se indica intervención quirúrgica urgente, de la que se informa a paciente y familia, y que se practica el 26 de diciembre de 2021, con resección de unos 70 centímetros de intestino delgado de aspecto isquémico. Ingresado en la UCI, a las 48 horas experimentó un empeoramiento clínico, que precisó reintervención el 30 de diciembre siguiente, con evolución satisfactoria, por lo que es subido a planta el 2 de enero de 2022, y trasladado a su domicilio el 15 de enero siguiente.

Afirma que "La falta evidente de diligencia médica observada en el tratamiento del paciente, desde el primer día de acudir a Urgencias (y en concreto la observada entre el TAC realizado el 22 de diciembre y el realizado cuatro días más tarde), demorando su intervención quirúrgica tras largos meses, ha determinado la pérdida de elementos esenciales de su organismo y metabolismo, riesgo evidente de su vida, veintidós días de estancia hospitalaria, y una secuela actual que le impide una movilidad normal y que en su momento deberá valorarse el grado de incapacidad que ello comporta".

Solicita una indemnización por el daño sufrido que cuantifica "prudencialmente" en 40.000 euros.

Adjunta con su reclamación informes médicos de urgencias, uno de 28 de octubre y dos de 21 de diciembre de 2021, e informe clínico de alta de 15 de enero de 2022.

**Segundo.-** El 8 de junio de 2022 emite informe el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital de xxx1, en el que expone constan tres atenciones al paciente en dicho Servicio, una el 28 de octubre de 2021 y dos el 21 de diciembre de 2021. Según este informe:

"En resumen y en lo que afecta a las atenciones en el SU, decir que la primera, alejada en el tiempo, es difícil de relacionar con el posterior devenir de lo sucedido.



»Las segunda y tercera, más próximas, realizada la primera de las últimas en contexto de cuadro con 20 deposiciones, con estudio de laboratorio y de ecografía abdominal sin claros hallazgos patológicos que no pudieran ser explicables por la sospecha de Gastroenteritis aguda, fueron determinantes, al indicar una segunda observación en nuestro servicio, lo que permitió de forma rápida, al cambiar la exploración, solicitar estudio TAC abdominal que determinó el proceso causal en aquel momento, de las molestias del paciente, instaurándose con diligencia y rapidez el tratamiento más oportuno, tras interconsulta con Cirugía Vasculuar de xxx2”.

También indica respecto de la segunda atención que, tras exploraciones, analíticas, ecografía, y observación durante 12 horas, sin vómitos, ni diarrea, ni fiebre, “se procede al alta domiciliaría, tras repetir analítica, con impresión diagnóstica de Gastroenteritis aguda”. Y que fue determinante la tercera atención, la noche del mismo 21 de diciembre de 2021, en la que es ingresada y mantenida en observación, con valoraciones a las 00:54, 3:29 y 4:35 horas ya del día 22, y nuevamente a las 9:37 horas, momento en que “se encuentra por primera vez hallazgos de irritación peritoneal, motivo por el que se realiza solicitud de estudio TAC abdominal, solicitando valoración de cirugía General ante los hallazgos de éste”.

Concluye este informe afirmando que “En mi opinión, en todas las ocasiones que el referido paciente acudió al SU se le atendió de forma completa, utilizando los medios oportunos que para las sospechas diagnósticas estaban indicadas. También se utilizó la observación de urgencias, para mantener atención continuada como consta en los informes: al menos a las 00.54 h.; 03.29 h.; 04.35 h. y 9.37 h. del día 22 de diciembre y así poder detectar rápidamente el cambio en la exploración que indicó el estudio de imagen que resultó diagnóstico”.

**Tercero.-** El 18 de mayo de 2022 se emite informe por el jefe del Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo del Hospital de xxx1. En el mismo, después de describir la enfermedad padecida por el reclamante, síntomas y tratamiento, informa lo siguiente: “1. El paciente es visto por primera vez por el Servicio de Cirugía el 22 de diciembre de 2021, a las 11 horas 56 minutos, decidiendo en ese momento el ingreso para comenzar tratamiento anticoagulante y vigilar evolución.

»2. La referencia que se hace en el escrito al hospital de xxx2 indica que no supimos hacernos entender: se contactó con el Servicio de



Cirugía Vascolar del Hospital hhhh de xxx2 (en el hospital de xxx1 no hay dicho Servicio) para que interpretando las imágenes del TAC pudieran confirmar la no afectación de la arteria mesentérica superior, como ya adelantamos en nuestro hospital. Con esta consulta que nos reafirmó en nuestro diagnóstico inicial finalizó el papel que Cirugía Vascolar de xxx2 pudiera tener en este caso. Las decisiones posteriores fueron tomadas de forma autónoma por quien tiene la competencia para ello, el Servicio de Cirugía del Hospital de xxx1. Cualquier consulta posterior, además de redundante, sería inútil y no cambiaría nuestra actitud.

»3. La interpretación de demora excesiva en la decisión de intervención quirúrgica se responde con los datos expuestos en la introducción: se decidió en el momento oportuno, cuando ya estaba establecido el infarto intestinal, pero antes de que se produjera una perforación; el momento idóneo. De hecho la reintervención realizada a las 48 horas permitió confirmar que el resto del intestino era viable y por lo tanto que el segmento extirpado en la primera fue el adecuado.

»4. No puede ser denominado `falta de diligencia médica´ el hecho de demorar la intervención quirúrgica. Más bien lo contrario. Se ajusta a la práctica recomendada, como expusimos con anterioridad.

»5. La intervención quirúrgica no supuso la pérdida de ningún "elemento esencial" del organismo del paciente como indica el escrito: se extirpó un segmento de intestino, cuya función asume el resto sin generar repercusión clínica alguna en la inmensa mayoría de casos similares. Por otra parte la longitud de intestino extirpada viene determinada por la extensión de la trombosis en el momento en que el Servicio de Cirugía ve por primera vez al paciente, no por la demora en la intervención".

**Cuarto.-** El 22 de junio de 2022 se realiza notificación al reclamante, informándole del inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial, nombramiento de instructor, plazo máximo de resolución y sentido desestimatorio transcurrido dicho plazo sin notificación de aquélla. Además, se le requiere para que aporte documentación acreditativa de la evaluación económica del daño alegado.

**Quinto.-** El 28 de junio de 2022 se emite informe por el inspector médico que instruye el procedimiento, en el que recoge los antecedentes del caso y las consideraciones realizadas por el jefe del Servicio de Cirugía General



en su informe previo, concluyendo con “valoración desfavorable” de la reclamación.

**Sexto.-** El 26 de julio de 2022 se emite, a instancia de la compañía aseguradora, informe médico pericial por licenciado especialista en cirugía general y del aparato digestivo. El perito tiene en cuenta los informes previos del médico inspector y de los jefes de Servicio del Complejo Asistencial de xxx1, así como la historia clínica del paciente, y concluye que “el análisis de la documentación clínica aportada nos lleva a la conclusión de que:

»No ha habido en ningún momento mala praxis por los profesionales del Complejo Asistencial de xxx1 en relación con la atención sanitaria prestada a D. yyyy.

»La asistencia recibida por la paciente ha sido en todo momento acorde a *lex artis ad hoc*”.

**Séptimo.-** Concedido trámite de audiencia debidamente notificado el 15 de diciembre de 2022, el reclamante solicita copia del expediente de responsabilidad, del que se da traslado.

El 23 de diciembre de 2022 formula alegaciones en las que insiste en que fue la demora en practicar la intervención quirúrgica entre el 22 y el 26 de diciembre lo que agravó su enfermedad, al haberse detectado en el TAC realizado el 22 de diciembre signos de sufrimiento-isquemia, por lo que era precisa la intervención quirúrgica desde el primer momento, por lo que se ha producido una negligencia en el tratamiento del enfermo, que ha de llevar a la Administración a indemnizarle en la cantidad de 40.000 euros “por los daños morales y por las secuelas derivadas en la tardanza de la intervención llevada a efecto a dicho sujeto a vida o muerte”. No se aporta informe pericial de valoración de los daños ni otra documentación.

El 27 de noviembre de 2023 el reclamante, representado por su abogado (designado por turno de oficio según escrito incorporado a la reclamación inicial, sin que se acredite la representación otorgada), solicita información sobre el estado de tramitación del procedimiento, informando la Administración que está pendiente de resolución tras la finalización de la fase de instrucción. El 25 de abril de 2024 presenta nuevo escrito solicitando que a la vista de la demora en la tramitación del procedimiento se resuelva definitivamente la reclamación.



**Octavo.-** El 14 de junio de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que a continuación es informada favorablemente por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.

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, sustancialmente, 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 (el 13 de mayo de 2022) hasta que se formula la propuesta de orden (el 17 de junio de 2024). 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, así como una infracción por parte de la Administración 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, eficiencia, servicio efectivo a los ciudadanos, racionalización y agilidad de los procedimientos administrativos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.



A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

**3ª.-** Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC.

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, y lo resuelto por la sentencia del TSJ de Castilla y León de 31 de marzo de 2022.

**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 además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la 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, estando, 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.





Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, 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".

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.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(...) en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la



que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente”.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio recogido en la propuesta de orden y considera que la reclamación debe desestimarse.

El reclamante afirma que ha recibido una indebida asistencia sanitaria por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa que padeció, con la consecuencia de la resección de una parte del intestino delgado, riesgo para su vida, 22 días de estancia hospitalaria y una secuela que le impide una movilidad normal.

En sus alegaciones, reiteradas en el trámite de audiencia, el reclamante considera como causa principal de los daños alegados que se demoró en exceso la intervención quirúrgica desde el primer TAC que se le practicó el 21 de diciembre. Y asegura que “Resulta evidente y fuera de toda duda que si el paciente hubiera sido atendido en su dolencia desde el primer momento que acudió a urgencias con dolor intenso en la zona que determinó in fine una intervención quirúrgica urgente y a vida o muerte, la intervención hubiera sido más liviana sin hacerse necesario la resección de unos 70 cm de intestino delgado de aspecto isquémico a menos de 1 m de asa fija”. Como se ha indicado, en su reclamación cuantifica prudencialmente la indemnización solicitada en 40.000 euros.



Pues bien, debe indicarse en relación con la primera visita al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial de xxx1 el 28 de octubre de 2021, que el reclamante acude al mismo por dolor epigástrico, espasmos y cólicos, sin vómitos, náuseas ni fiebre. Al parecer, era un dolor de evolución de varios días, por lo que el médico de primaria le derivó a Urgencias para que lo valoraran. Se le practicó exploración física, analítica y ecografía abdominal. Ingresa ese día a las 18:14 h. y le dan el alta a las 23:16 h., con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico y tratamiento de dieta blanda y control y seguimiento por su médico de atención primaria.

El perito de la compañía aseguradora (médico especialista en cirugía general y digestiva) afirma que "el paciente desde el primer momento ha sido valorado por urgencias de forma completa". Desde la objetividad en la emisión de su dictamen, a la que hace referencia al principio de su informe, también afirma que "Es evidente que indudablemente los síntomas iniciales que sufría el paciente estaban en relación con la trombosis", si bien considera correcta la atención prestada por dos motivos: el primero, porque la sospecha diagnóstica de esta enfermedad en un paciente joven (de 48 años) sin factores de riesgo "como en el caso en discusión" es "muy difícil", dado que la sintomatología de la trombosis mesentérica venosa (TMV) es vaga (el síntoma principal es un dolor abdominal cólico seguido de náusea o vómito con datos de irritación peritoneal en la mitad de los pacientes) y la duración de los síntomas es variable (desde horas hasta incluso semanas). En ese sentido, el informe médico pericial identifica factores o causas asociadas a la TMV, como son estados protrombóticos, enfermedades hematológicas, enfermedades inflamatorias, estado postoperatorio, cirrosis, trauma y otras. No consta que el paciente presentara alguna de ellas. En segundo lugar, en esa primera visita a urgencias se descartaron patologías urgentes, realizando analítica y ecografía abdominal que resultaron normales. También indica el perito que aunque se hubiera sospechado de TMV y teniendo en cuenta que el "estudio de elección para el diagnóstico es la tomografía computada de abdomen (TAC abdominal)", es "muy probable que en octubre una prueba de imagen no habría detectado ningún hallazgo morfológico aún".

En definitiva, no puede imputarse a los facultativos del Servicio de Urgencias una falta de diligencia profesional por no diagnosticar al paciente la TMV en esa primera visita el 28 de octubre de 2021, puesto que ni sus antecedentes ni su sintomatología conducían a una sospecha diagnóstica de TMV, y a la consiguiente realización para su confirmación de una prueba de imagen (con un resultado incierto, en ese momento, como ha indicado el perito). Ante un dolor abdominal inespecífico de pocos días de evolución que



no hacía sospechar una TMV se realizaron las pruebas habituales (exploración física, analítica y ecografía abdominal) para descartar otras patologías urgentes, y dado que aquellas arrojaron resultados dentro de la normalidad, se dio el alta al paciente, con remisión para su control y seguimiento al médico de atención primaria.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que tanto el informe del jefe del Servicio de Urgencias como el del médico inspector consideran difícil vincular causalmente esa primera asistencia de octubre con las efectuadas en diciembre. A este respecto, no consta que el paciente consultara médicamente por dolor abdominal después de recibida el alta el 28 de octubre de 2021 hasta el 18 de diciembre de ese año, fecha en la que consultó con su médico de primaria, que es quien le derivó a urgencias el 21 de diciembre siguiente (véase informe de urgencias de 21 de diciembre de 2021).

Por lo que respecta a la atención médica que recibió el paciente entre los días 21 y 26 de diciembre de 2021, en la que precisamente centra el reclamante la existencia de negligencia médica, consta en el informe clínico de Urgencias de 21 de diciembre de 2021 que el paciente presentaba dolor abdominal desde el 18 de diciembre, por el que había consultado a su médico de familia en los últimos días, y que ese día había tenido 20 deposiciones líquidas y dos vómitos.

Se hace constar en el primer informe de Urgencias de ese día 21 (en el que hay que recordar que acude en dos ocasiones, con alta la primera e ingreso la segunda) que no hay signos de irritación peritoneal (que es uno de los síntomas de la TMV, según el informe pericial de 26 de julio de 2022). Acude a Urgencias a las 2:51 de la madrugada y no le dan el alta hasta las 18:25 h., por cuanto llevaba todo el día en observación sin vomitar ni hacer deposiciones. En su informe, el jefe de Servicio de Urgencias indica que nada hacía pensar en algo distinto a una gastroenteritis aguda. A las 23:45 del mismo día 21 acude de nuevo a Urgencias con síntomas más graves (dolor abdominal, cólicos y espasmos abdominales difusos, cólico intestinal, aerofagia dolorosa, distensión abdominal por gases), decidiéndose entonces su ingreso en planta a las 13:41 del día 22 de diciembre de 2021, tras practicarle TAC abdominal que pone de manifiesto que padece "Trombosis portal vena mesentérica superior-ramas u vena esplénica. Signos de sufrimiento-isquemia de bazo, asas de intestino delgado y de ciego". En este segundo ingreso del 21 de diciembre, como indica el informe del jefe de Servicio de Urgencias, cambia la exploración y se encuentran por primera vez hallazgos de irritación peritoneal.



El reclamante cuestiona el tratamiento médico que recibe tras el diagnóstico de la TMV y su ingreso en la planta de digestivo, considerando que se demoró excesivamente (hasta el 26 de diciembre) la práctica de un segundo TAC de contraste y la intervención quirúrgica en la que se practicó resección de 70 centímetros de intestino delgado. Sin embargo, no puede concluirse que el tratamiento fuera incorrecto, a la vista de los informes médicos obrantes en el expediente, tanto del jefe del Servicio de Cirugía y Digestivo del Hospital de xxx1, como del perito médico especialista en cirugía de digestivo que informa por encargo de la compañía aseguradora.

En primer lugar, porque diagnosticada una TMV debe iniciarse tratamiento anticoagulante, y en ello coinciden todos los informes médicos. En este caso se pautó heparina, que es un anticoagulante, para evitar la progresión de la enfermedad. Y la consulta al Servicio de Cirugía Vasculard de xxx2 solo se realizó para descartar que estuviera afectada la arteria mesentérica superior, que sí habría requerido intervención inmediata, porque como indica en su informe el jefe de servicio de Cirugía General de xxx1 "La obstrucción por un trombo de la arteria produce un infarto del intestino que requiere intervención inmediata. Es distinto el caso de la obstrucción de la vena mesentérica superior: no se produce un infarto de forma inmediata (...)". Por lo tanto, la intervención quirúrgica, cuando el trombo lo es en la vena mesentérica superior no siempre es necesaria.

En este caso, debe incidirse (como indica el informe pericial de la aseguradora de 26 de julio de 2022) que "en el primer TAC se habla de isquemia pero no de necrosis. La isquemia define una zona de mala perfusión, pero sin perforación intestinal o sufrimiento irreversible, que es la necrosis. La isquemia puede progresar a necrosis o quedarse estable o hasta mejorar y ese proceso necesita unos días antes de definirse (...)". Esto es así porque pautado un tratamiento anticoagulante, la intervención precoz sin esperar a la evolución de la isquemia intestinal puede conllevar una resección incompleta del órgano afectado antes de que el proceso de definición de la isquemia-necrosis haya terminado. En este caso, el paciente permaneció en observación clínica 4 días, y como también dice el informe citado "En la mayoría de las patologías médicas, si no existen signos de alarma, la observación clínica es parte del proceso diagnóstico y no puede ser interpretado como una falta de diligencia médica". Por otra parte, considera que "Un TAC realizado antes de esos 4 días difícilmente podría haber aportado más datos, sobre todo en un contexto clínico de estabilidad".



En este caso, ante el empeoramiento del paciente se practicó un nuevo TAC, tras el cual se decidió intervención quirúrgica con resección del órgano afectado, y posteriormente se practicó una segunda intervención quirúrgica que confirmó que la isquemia se había localizado definitivamente en un segmento del intestino delgado y no había progresado. El jefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de xxx1 informa que la intervención quirúrgica se decidió "cuando ya estaba establecido el infarto intestinal pero antes de que se produjera la perforación; el momento idóneo. De hecho la reintervención realizada a las 48 horas permitió confirmar que el resto del intestino era viable y por lo tanto el segmento extirpado en la primera fue el adecuado (...) No puede ser denominado falta de diligencia médica el hecho de demorar la intervención quirúrgica. Más bien al contrario. Se ajusta a la práctica recomendada (...) se extirpó un segmento del intestino, cuya función asume el resto sin generar repercusión clínica alguna en la inmensa mayoría de casos similares. Por otra parte, la longitud del intestino extirpada viene determinada por la extensión de la trombosis (...) no por la demora en la intervención".

En definitiva, el paciente acudió a urgencias el 21 de diciembre de 2021 tras presentar dolor abdominal desde el día 18. No constan requerimientos ni intervenciones médicas desde el 28 de octubre de 2021, tras acudir por primera vez, hasta esa fecha. Cuando acude el día 21 de madrugada se le practican las pruebas (analítica, ecografía) y permanece en observación clínica, siendo dado de alta al permanecer sin vómitos ni deposiciones. Y cuando acude de nuevo a Urgencias ya por la noche de ese mismo día 21, los síntomas eran más graves, detectándose en la exploración por primera vez irritación peritoneal, por lo que se decide su ingreso hospitalario. Y durante la mañana del día 22 se le practica TAC abdominal, diagnosticándole TMV. Al no requerir intervención quirúrgica urgente, se pautó tratamiento anticoagulante del trombo y permaneció en observación clínica 4 días. La evolución de la isquemia intestinal causada por la trombosis fue desfavorable, confirmándolo así un nuevo TAC, por lo que tras constatar infarto intestinal se decidió intervenir quirúrgicamente de urgencia, con resección de la parte afectada, y nueva intervención quirúrgica a las 48 horas, que confirmó la resección completa de la parte del intestino afectada.

A la vista de todo lo expuesto, puede concluirse que el infarto intestinal y resección practicada fue una complicación de una TMV con un tiempo de evolución indeterminado, que se diagnosticó ante una sintomatología aguda de dolor abdominal el día 21 de diciembre de 2021, y que fue correctamente tratada primero con anticoagulantes para evitar la progresión de la enfermedad,



y posteriormente, ante la evolución negativa que tuvo la isquemia intestinal, con tratamiento quirúrgico consistente en la resección del segmento del intestino infartado y posterior anastomosis mecánica. Que no se diagnosticara antes esa trombosis no puede achacarse a la falta de diligencia de los profesionales sanitarios que atendieron al paciente, puesto que aunque pudiera considerarse que los primeros síntomas se iniciaron a finales de octubre de 2021, eran síntomas inespecíficos de dolor abdominal, sin antecedentes previos en el paciente, un hombre joven, que hicieran sospechar un riesgo de TMV, que es una patología infrecuente (así se indica en el informe del jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo). En la visita al servicio de Urgencias de 28 de octubre de 2021 se practicaron las pruebas y analíticas habituales para descartar patologías urgentes, con resultados dentro de la normalidad, sin que conste por otra parte que el paciente acudiera de nuevo al Servicio de Urgencias con la misma sintomatología entre el 28 de octubre y el 21 de diciembre de 2021.

Ya se ha manifestado en otras muchas ocasiones que el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y pronunciarse únicamente sobre lo que figura en la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que el Consejo pueda realizar acto de instrucción alguno, y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente. Además, y por su contenido complejo y sus carácter rigurosamente técnico y especializado, en el caso de expedientes de responsabilidad patrimonial por daños derivados de actuaciones sanitarias, cobra especial trascendencia, a los efectos de dictaminar sobre el fondo del asunto, el contenido de los informes médicos y periciales que se hayan emitido e incorporado al expediente.

Por todo ello, sobre la base de los datos obrantes y acreditados en el expediente, y dado que el reclamante no ha realizado alegaciones ni aportado informes médicos u otros elementos probatorios o valorativos que puedan desvirtuar las afirmaciones contenidas en el informe de la Inspección Médica y en los demás informes médicos incorporados, y permitan a este Consejo alcanzar una conclusión diferente, en el presente supuesto no puede considerarse acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, y tampoco que se haya producido una pérdida de oportunidad.

En atención a cuanto antecede, este Consejo Consultivo considera que la reclamación patrimonial debe ser desestimada.



### **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 D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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