



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 1 de septiembre de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 15 de julio de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 18 de julio de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 652/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

Primero.- Con fecha 21 de octubre de 2002, D. xxxxx presenta un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria recibida en el Hospital hhhhh de xxxxx. En concreto, señala lo siguiente:



“Ingreso el día 24 de julio de 2002 para hacerme una colonoscopia, dándoseme de alta el día 26 de julio, extirpándose 5 pólipos.

»El 2 de agosto de 2001 ingreso en la UCI por hemorragia digestiva, diagnosticándoseme:

»- Hemorragia digestiva de origen no filiado. Anticoagulación con Sintrom.

»- Pólipo degenerado (adenocarcinoma) de sigma. Polipectomía.

»Por lo que el día 29 de agosto voy a la consulta de cirugía para la programación de una intervención quirúrgica en relación con el pólipo de colon.

»El 23 de septiembre vuelvo a ser ingresado para intervención quirúrgica de adenoma de sigma por lo que se me extirpa un trozo de intestino no encontrando lesión tumoral de ningún tipo, no siendo necesaria radioterapia.

»A raíz de la operación me han quedado las siguientes secuelas: fatiga, dolores fuertes y continuos, los dedos de las manos y las piernas hinchadas y agarrotadas y problemas cardiovasculares, lo que me obliga a permanecer en tratamiento.

»A pesar de dicho tratamiento no noto ninguna mejoría, mas bien al contrario, cada vez me encuentro peor y más fatigado”.

»(...).

»Existe una clara relación de causalidad entre los daños producidos y el funcionamiento del servicio médico de esta Gerencia. Esta relación causal se produce ya que el daño causado se debe al error en el diagnóstico y en el tratamiento recibido, pues no se tomaron las medidas adecuadas para evitar el daño producido, además debería haberse utilizado otras alternativas antes de pasar a la operación quirúrgica” (sic).



Reclama como indemnización 42.000 euros; 24.000 euros por daños físicos y 18.000 por daños morales, inherentes a las limitaciones originadas por la lesión y por el periodo de asistencia médica.

Segundo.- De la historia clínica del paciente cabe destacar que éste, con antecedentes de diagnóstico en 1999 de LNH-B folicular grado I estadio IIA tratado con radioterapia y en remisión completa, y fibrilación auricular en tratamiento con sintrom, es remitido el 26 de junio del 2001 al Servicio de Urgencias de Hospital hhhhh por dolor lumbar que no cede con tratamiento. Se le diagnostica lumbo coxalgia izquierda de características mecánicas y edemas en extremidades inferiores, señalando medicación de urgencia.

Además, en la hoja de consulta de hematología de 26 de junio de 2001 consta: LNH-B folicular grado I estadio II A tratado con radioterapia; lumbocoxalgia izda; edema EII; fibrilación auricular; exploración física compatible con el diagnóstico osteoarticular, ligero edema malolotibial izdo, no cordón venoso. Tratamiento: Sintrom según pauta, Adolonta 1 comp./8-6 h, solicitándose realización de TAC preferente.

El 5 de julio del 2001 ingresa en el Servicio de Hematología por dolor lumbar irradiado a EII que no cede con los analgésicos pautados, inflamación en ambas piernas y disuria. El juicio clínico es de lumbociática aguda sin filiar la causa y a descartar recaída de LNH.

El 9 de julio presenta un episodio de rectorragia; se le realiza una endoscopia que evidencia poliposis de colon y sigma y pequeña angiodisplasia de ciego, no se le hace una biopsia debido al tratamiento anticoagulante oral.

El 25 de julio se le realiza una colonoscopia con extirpación de cinco pólipos, el mayor de 2,5-3 cm, y reinicia el tratamiento con sintrom. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma infiltrante con afectación de base de implantación.

El 1 de agosto es remitido al Servicio de Urgencia del Hospital hhhhh por hemorragia digestiva rectal; refiere dos episodios de emisión de abundante sangre roja por recto, así como sensación de náuseas y de mareo sin pérdida de conciencia, por lo que se le realiza una colonoscopia urgente. El resultado del estudio endoscópico es el siguiente: No evidencia de sangrado colónico,



escara postpolipectomía sin complicaciones y sin estigmas de sangrado. Es ingresado y se le realizan las pruebas complementarias pertinentes (TAC abdominal, estudios radiológicos baritados –tránsito completo–, colonoscopia) e interconsultas con cirugía, anestesia y cardiología para valoración preoperatorio.

El 17 de agosto del 2001 es dado de alta con diagnóstico de hemorragia digestiva de origen no filiado. Anticoagulación con sintrom, pólipo degenerado (adenocarcinoma) de sigma, polipectomía. Se le indica que acuda a consulta externa de cirugía el 29 de agosto para programar la intervención quirúrgica en relación con el pólipo de colon.

Acude a dicha consulta externa de cirugía para programar la intervención. En la hoja de consulta consta “en la intervención tratar de ver la causa de la hemorragia digestiva que presentó”.

El 11 de septiembre de 2001 el cardiólogo informa de que el paciente está en situación de fallo cardiaco congestivo ligero, en fibrilación auricular descontrolada y quizás la causa de su descompensación haya sido la anemia que ha presentado meses pasados, que lo vio en el año 2000 y estaba asintomático sin signos de fallo cardiaco y sin fibrilación auricular.

El 23 de septiembre de 2001 ingresa en el Servicio de Cirugía de Hospital hhhhh para la intervención quirúrgica de adenocarcinoma de sigma.

El 1 de octubre de 2001, comprobada la realización del estudio preoperatorio pertinente, se le interviene con resección segmentaria de colon sigmoides.

La evolución es favorable y es dado de alta el 16 de octubre con las recomendaciones de incorporación progresiva a su actividad habitual, sin esfuerzos físicos hasta pasado un mes de la fecha de intervención; seguir con el tratamiento pautado antes del ingreso Clexane y Opirén; tratamiento pautado por cardiología de Digoxina, Sutril y Capoten, solicitando revisión preferente en cardiología.



El resultado del estudio anatomopatológico de la pieza reseca es de “segmento de intestino grueso: inflamación inespecífica, no identificándose neoformación residual. Rodetes: inflamación inespecífica”.

El 22 de octubre de 2001 es revisado en consulta externa de cardiología. Se le indica continuar con la misma medicación más Nitro Dur (preventivo de la angina de pecho, solo o en combinación con otra medicación) y revisión a los tres meses.

El 6 de noviembre de 2001 acude a consulta externa de cirugía. Se le informa del resultado del estudio anatomopatológico, indicándole que en la pieza quirúrgica no se ha encontrado ningún foco neoplásico, por lo que no precisa ningún tratamiento coadyuvante adicional a su proceso quirúrgico.

El 16 de noviembre de 2001 se le realiza una nueva revisión en cirugía, presentando buena situación sin episodios de rectorragia. La colonoscopia de control (25 de enero de 2002) da como resultado: angiodisplasia en ciego que es coagulada con argón.

Presenta rectorragia ocasional por hemorroides grado II.

El 4 de julio de 2002 TAC abdominopélvico: lesión focal hepática sugestiva de angioma de 1,4 cm. Colonoscopia (8 de julio de 2002): pólipos de colon. Presenta además hemorroides mixtas. En la biopsia se le detectan cambios focales de carácter hiperplásico.

En agosto de 2002 ingresa en el Servicio de Medicina Interna por un cuadro de insuficiencia cardíaca, con buena respuesta al tratamiento.

Ecografía (23 de agosto de 2002): esplenomegalia con una lesión hipoecogénica con ecos en su interior, de 3,7 cm, adyacente a hilio esplénico compatible con metástasis o lesión linfomatosa.

TAC de tórax (24 de septiembre de 2002): imagen nodular pulmonar sugerente de granuloma, sin cambio respecto a exploraciones previas. Imagen hepática sugerente de angioma, sin cambio respecto a exploraciones previas.



Mamografía (10 de octubre de 2002): calcificaciones dispersas en ambas mamas de aspecto benigno. Ginecomastia unilateral.

El paciente continúa con controles de la imagen sospechosa esplénica en consulta de hematología. Es dado de alta por parte de cirugía tras la revisión del 18 de octubre. Posteriormente sería diagnosticado de DM que requiere tratamiento con insulina. Refiere dolores ocasionales en caderas y extremidades inferiores.

El paciente es revalorado en junio de 2003 por cirugía, por rectorragias ocasionales. El paciente refiere dolor de espalda irradiado a ambas piernas que achaca a "los pólipos". Colonoscopia (25 de junio de 2003): pequeñas hemorroides internas, resto de exploración normal. TAC toracoabdominal (26 de junio de 2003): esplenomegalia con lesión hipodensa próxima a hilio esplénico de 6x6 cm, con extensión extra esplénica de 5x3 cm. Aumento respecto a exploraciones previas. Se solicita estudio preoperatorio y valoración por cirugía para esplenectomía diagnóstica.

El 12 de septiembre de 2003 se le realiza esplenectomía, pancreatectomía parcial y gastrectomía parcial. Anatomía patológica: linfoma centrofolicular (<25%) grado 3 (>15 centroblastos/CGA con presencia de centrocitos) que afecta a bazo, páncreas y estructura de hilio esplénico.

En el postoperatorio inmediato presenta cuadro de dolor en hipocóndrico izquierdo con cambios en el ECG. Se solicita traslado al Hospital vvvvv de xxxx para valoración de cateterismo cardíaco. El 25 de septiembre de 2003 ingresa nuevamente en el Hospital hhhhh de xxxxx con buena evolución desde el punto de vista cardiológico.

Por último, respecto al consentimiento informado del paciente de la operación de 1 de octubre de 2001, cabe resaltar que aunque no consta concretamente en la documentación remitida a este Consejo se hace referencia a la firma del mismo en los folios 28 y 170 del expediente.

Tercero.- Además de distintos informes médicos de la historia clínica del paciente, constan en el expediente:



- Informe de 18 de noviembre de 2002 del doctor fffff, del Servicio de Cirugía General del Hospital hhhhh de xxxxx, en el que realiza una descripción de la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

- Informe de la Inspección Médica, de 20 de octubre de 2003, en el que se formulan las siguientes conclusiones sobre el caso:

“De todo lo anterior, a la vista de la información obrante en el expediente se puede deducir que Don xxxxx ha recibido en el Hospital hhhhh la asistencia sanitaria adecuada que precisaba en cada momento tanto en el control de sus procesos previos (Hematología y Cardiología) como en los nuevos, con la realización de las pruebas diagnósticas precisa para el diagnóstico y tratamiento y de las revisiones oportunas.

»Tal como se indica en el informe de Cirugía los hallazgos descritos en las Hojas de evolución de consultas, no están relacionados con la repercusión quirúrgica (intervención de septiembre del 2001), y están en concordancia con los antecedentes del paciente. Lo mismo puede decirse de los ingresos posteriores”.

- Informe de 5 de enero de 2004 de los doctores ggggg y zzzzz, a instancia de la compañía de seguros sssss, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

“1. Paciente varón de 69 años intervenido en el HVC, de xxxxx, el 1 de octubre de 2001 por adenocarcinoma de colon, en tiempo y forma correcta.

»2. El estudio por el cuadro de rectorragia fue el adecuado. El preoperatorio es completo. La indicación de cirugía tras la detección de adenocarcinoma invasivo con afectación de la base de implantación del pólipo es completamente correcta (aunque, afortunadamente, no se encontrara restos de tumor en el examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica).

»3. El seguimiento posterior es adecuado y exhaustivo tanto por Hematología, Cardiología y Cirugía.



»4. Las molestias que refiere el paciente en la reclamación no son atribuibles a la cirugía, sino a sus problemas cardiológicos de base (fatiga y edema en miembros inferiores por insuficiencia cardiaca) y reumatológicos (lumbalgias); todos ellos ya presentes antes de la intervención.

»5. Todos los ingresos posteriores a la resección de colon se deben a problemas en relación con su insuficiencia cardiaca y con la recidiva del linfoma de base.

»6. En todo momento es tratado de forma adecuada.

»7. De la documentación remitida podemos concluir que todos los profesionales que atendieron a D. xxxxx en el HVC, de xxxxx, HUS y HUV lo hicieron de acuerdo a la 'lex artis', no evidenciándose indicios de 'mala praxis' en ninguna de sus actuaciones".

Cuarto.- Con fecha 10 de marzo de 2004, el interesado tiene conocimiento de la apertura del trámite de audiencia; se le pone de manifiesto el expediente, compareciendo el 11 de marzo y recibiendo una copia de aquél. No formula alegaciones.

Quinto.- El 23 de junio de 2005 se emite la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación planteada.

Sexto.- El 4 de julio de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad no formula objeción de legalidad a la anterior propuesta de resolución.

Séptimo.- Consta así mismo en el expediente Auto de 14 de noviembre de 2003 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 de xxxxx, en el que se declara incompetente para conocer de la resolución impugnada (desestimación por silencio administrativo de la reclamación de D. xxxxx contra la Gerencia Regional de Salud, de 21 de octubre de 2002, por daños a causa de una intervención quirúrgica), emplazando a las partes ante el Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo de xxxxxx.

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



II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. No obstante cabe reprochar respecto al mismo la tardanza en la realización de los trámites por parte de la Administración, especialmente el retraso en formular la propuesta de resolución.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo establecido en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que "los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

La referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo



Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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

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

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

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

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* para determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del



enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por D. xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Considera el reclamante en sus escritos que habiéndosele intervenido de adenoma de sigma, con extirpación de un trozo de intestino, no se encontró lesión tumoral, y que a raíz de la operación tiene como secuelas fatiga, dolores fuertes y continuos, los dedos de las manos y las piernas hinchadas y agarrotadas y problemas cardiovasculares. Considera que hubo error de diagnóstico y de tratamiento, y que debían haberse utilizado otras alternativas antes de pasar a la operación.

El interesado, en todo caso, ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, pues lo hizo antes de transcurrir un año desde que puedan considerarse fijados definitivamente el alcance y consecuencias de la operación y sus supuestas secuelas.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, este Consejo Consultivo entiende, al igual que lo hace la propuesta de resolución, que no cabe estimar la reclamación, pues no puede considerarse vulnerada la *lex artis*, ni se aprecia la necesaria relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el daño invocado.

Los informes de la Inspección Médica y de los doctores ggggg y zzzzz son concluyentes en cuanto a que se respetó la *lex artis*. Las conclusiones de estos informes, transcritos en los antecedentes de hecho, llevan a la convicción de que la intervención del 1 de octubre de 2001 fue correcta y constituyó un medio adecuado para tratar el pólipo degenerado (adenocarcinoma) de sigma. Además, a la vista de tales informes, no puede afirmarse que hubiera error de diagnóstico. Pese a que en la intervención no se encontrara lesión tumoral, ninguno de los informes concluye por ello que hubiera tal error.



De los informes se deduce que es algo que puede suceder y que no invalida el diagnóstico (en caso contrario, obviamente se hubiera puesto de relieve en éstos, que revisten una apariencia de rigor técnico). El informe de los doctores ggggg y zzzzz, de 5 de enero de 2004, dice, al respecto, así:

“Tras el análisis anatomopatológico de la pieza, el factor que más determina el pronóstico (en el adenocarcinoma de colon) es la afectación de ganglios linfáticos. El hecho de que no hubiera ganglios afectados y no quedaran restos del tumor en la pieza quirúrgica, hace innecesario la adyuvancia en este caso (que hubiera sido con quimioterapia y no con radioterapia, de ser necesaria)”.

En cuanto a la afirmación del reclamante de que “debería haberse utilizado otras alternativas antes de pasar a la operación quirúrgica”, puede señalarse, en primer lugar, que no indica cuáles pudieron ser esas alternativas. Por otro lado, de los informes obrantes en el expediente no se deduce que existieran otras alternativas, eficaces y seguras, para tratar la enfermedad del paciente. Cabe destacar el siguiente párrafo del informe de los doctores ggggg y zzzzz:

“El tratamiento del cáncer de colon, independientemente del estadiaje es la cirugía. El tratamiento quirúrgico incluye la resección del segmento intestinal afectado con márgenes suficientes (>2 cm por encima y por debajo) y del territorio de drenaje linfático correspondiente (lo que habitualmente exige una resección más amplia del intestino)”.

Finalmente, el reclamante no ha probado que los daños alegados (fatiga, dolores fuertes y continuos, hinchazón de extremidades y problemas cardiovasculares) tengan relación con la operación que se le practicó el 1 de octubre de 2001. Más bien parece que son consecuencia, en mayor o menor medida, de sus antecedentes, especialmente sus problemas cardiológicos de base y reumatológicos, presentes antes de la intervención.



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx 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.