



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y  
Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 17 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxxx y Dña. zzzzzz*, 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 4 de diciembre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx y Dña. zzzzz, representadas por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 5 de diciembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1168/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, 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. Pérez Solano.

**Primero.-** El 12 de enero de 2005, Dña. xxxxx y Dña. zzzzz presentan un escrito reclamando una indemnización de 450.000 euros por el fallecimiento de su madre, Dña. vvvvv.



De los hechos que relatan cabe destacar los siguientes párrafos:

“El día 26 de enero, en consulta el facultativo nos dijo que nuestra madre se encontraba bien de su enfermedad y que le darian el alta al día siguiente, sin embargo ella llevaba días refiriendo molestias abdominales y sin poder defecar.

»A pesar de que esta circunstancia era conocida por el personal sanitario que le atendía le dieron el alta hospitalaria, indicándole que por un par de días sin defecar no pasaba nada, que ‘se pasaría’.

»Aunque nuestra madre presentaba molestias en el abdomen y llevaba días sin defecar, de ningún modo se le realizó una exploración ni se realizaron las pruebas complementarias oportunas que hubieran posibilitado el precoz diagnóstico correcto y evitado la evolución del cuadro.

»Cuando al día siguiente acudimos a recogerla, nuestra madre se encontraba en muy mal estado y ella misma dijo que en esas condiciones no iba a salir del Hospital.

»Ante nuestra insistencia, conseguimos que fuera examinada por el facultativo que la había estado atendiendo los días anteriores quien le diagnosticó un trombo en el abdomen.

»Fue intervenida de forma urgente a las 23 horas del día 27 de enero, apreciándose la existencia de isquemia que afecta a todo el colon, que está perforado en colon descendente a retroperitoneo, existiendo también divertículo de Meckel isquémico.

»Se le realizó colectomía subtotal, ileostomía y resección diverticular.

»A lo largo de la intervención quirúrgica precisó abundante aporte de líquidos e inotrópicos para mantener la hemodinámica. Salió de quirófano alrededor de las 2 de la mañana e ingresó en la U.V.I.

»El cirujano nos indicó que el estado de nuestra madre era grave pero que era necesario esperar y observar su evolución.



»El día 28 de enero nuestra madre fallecía en el Hospital hhhhh”.

Consideran que la muerte de su madre fue fruto de “una disfunción asistencial” existiendo retraso en el diagnóstico y, en consecuencia, una falta de tratamiento adecuado, pues a la vista de los síntomas de la paciente (molestias intestinales e imposibilidad de defecar) debió sospecharse la urgencia vital del caso y extremar la diligencia.

**Segundo.-** El informe de la Inspección Médica recoge la siguiente relación de hechos que considera probados:

»1.- En el momento del ingreso vvvvv tiene 79 años. Es hipertensa y padece de bronquitis asmática crónica y taquicardia sinusal. Está en tratamiento con Tiotropio (Spiriva®). Amiodarona (Trangorex®), Salmeterol-Fluticasona (Seretide®, Anasma®) y Torasemida (Sutril®).

»2.- Había ingresado previamente en noviembre del año anterior (2003) por reagudización de su bronquitis asmática, quedando ingresada 12 días en Medicina Interna. Anteriormente (en octubre del mismo año) había estado un día en urgencias en observación por infección respiratoria.

»3.- Ahora (3-1-2004) permanece un día en urgencias por disnea progresiva, tos, dolor torácico de tipo mecánico y edemas en EEII, tras un catarro iniciado tres o cuatro días antes.

»4.- Se pauta, entre otros, tratamiento con Heparina de bajo peso molecular (60 mg/24 h).

»5.- Desde urgencias ingresa en medicina Interna el día 4-1-2004 por Insuficiencia Cardíaca Congestiva Crónica, descompensada por la infección respiratoria.

»6.- Se trata con sueroterapia, antibióticos, corticoides, broncodilatadores en aerosol, diuréticos, amiodarona, heparina de bajo peso molecular y protector gástrico.

»7.- Durante la estancia en Medicina Interna, su proceso respiratorio va mejorando, con interurrencias no significativas:



»- El 17 de enero se instaura tratamiento con digoxina (1 ampolla/24 h).

»- Broncoesparmo el 19 de enero, que de nuevo mejora progresivamente.

»- Dos episodios de estreñimiento, el primero entre el 4 y 9 de enero, que se consigue controlar con Duphalac. El segundo episodio comienza el 24, siendo valorado a diario por el internista, sin respuesta al Duphalac ni al Micralax hasta el fallecimiento.

»- El 24 de enero aparece diabetes por el tratamiento corticoideo, que se trata correctamente con insulina.

»- Leucocitosis e incremento de plaquetas, normalizándose ambos en los análisis del 23 y 24 de enero.

»8.- El 26 de enero (en Medicina Interna), vvvvv presentaba:

»- Por la mañana

»Dolor abdominal intenso 'tipo retortijón'.

»Vómitos (ya en la cena de la víspera) vespertinos durante ese día.

»Signos de shock incipiente (taquicardia desde el 24).

»Abdomen blando y depresible.

»Leucocitosis de 22.000.

»- Por la noche se añade a lo anterior distensión abdominal e íleo. Se solicita placa abdominal para el día siguiente.

»9.- El 27 de enero.



»- Por la mañana (8:30 a.m.): continúa la clínica, habiendo evacuado.

»Se sospecha trombosis mesentérica-renal.

»Se reclama la Rx de abdomen pedida la víspera.

»- A las 12:30 p.m.: Tras comprobar que la placa de abdomen no es valorable se avisa a cirugía.

»- A las 14:15 p.m.: El cirujano confirma –con la exploración clínica– la sospecha de trombosis-isquemia mesentérica.

»Se solicita angio-TAC urgente.

»- A una hora indefinida p.m.: Se recibe el informe del angio-TAC: Gran dilatación de asas intestinales y gases. Se ha visualizado tronco celiaco y arteria mesentérica superior, permeables al menos en todo su trayecto visible, y pared de asas intestinales contrastada.

»- A las 23 h: Se interviene a la paciente en muy mal estado general y con alto riesgo quirúrgico (ASA IV).

»Intraoperatoriamente se encuentra isquemia de todo el colon, con perforación a nivel de colon descendente hacia retroperitoneo.

»Se practica colectomía subtotal, ileostomía, resección de divertículo de Meckel, y drenaje de cavidad abdominal.

»10.- Ingresa en la UVI el 28 de enero. Aparece:

»Hemorragia importante por las zonas cruentas.

»Shock séptico a consecuencia de la peritonitis.

»Coagulopatía de consumo.



»11.- vvvvv muere a las 10:30 a.m. del día 29 de enero.

»12.- El informe anatómo-patológico confirma colitis isquémica en fase aguda, y divertículo de Meckel con marcada hemorragia intraparietal y erosión parcial de la mucosa”.

**Tercero.-** Consta en el expediente diferente documentación, de entre la que cabe destacar:

- Documentos relativos a la historia clínica.

- Informe de 21 de febrero de 2005 del Dr. bbbbb, del Servicio de Cirugía Laparoscópica del Hospital hhhhh de xxxxx.

- Informe de 24 de febrero de 2005 del Dr. ttttt, del Servicio de Medicina Interna del mismo hospital.

- Informe de la Inspección Médica de 20 de junio de 2005, con las siguientes conclusiones:

“1.- No hubo negligencia profesional alguna, y en todo momento se actuó con la diligencia y celo profesional exigible a un buen profesional.

»2.- No obstante, si se hubiera sospechado el cuadro de isquemia intestinal aguda el día 26 por la mañana, cuando se instauró y aún era reversible, y si se hubiera actuado terapéuticamente sin más dilación en ese momento, las oportunidades de supervivencia de vvvvv habrían sido mayores.

»3.- A vvvvv se le restó un 20% de probabilidad de vivir 3,87 años más.

»4.- A juicio de esta inspectora se ha incurrido en responsabilidad sanitaria, por lo que debe indemnizarse a la paciente con la cantidad que se considere oportuna.

»5.- Respecto a las quejas adicionales, no parecen sustentarse tras la revisión de la Historia Clínica”.



De las consideraciones del citado informe cabe también destacar las siguientes:

“Estudiando la historia clínica observamos que la tríada sintomática de primer periodo de isquemia mesentérica aguda –aún reversible– apareció en vvvvv el 26 de enero por la mañana. A partir de ese momento se van sumando los signos típicos de progresión del cuadro.

»En las 36 horas siguientes vvvvv es sometida a distintas pruebas diagnósticas, todas adecuadas y según los protocolos vigentes en la actualidad, que van confirmando el diagnóstico de sospecha. El problema es que durante este tiempo, y de forma innecesaria, el cuadro se va haciendo irreversible.

»No es necesario decir que los signos y síntomas de este cuadro son tan inespecíficos y frecuentes que sólo un elevadísimo índice de sospecha permite detectarlos. No hubo, por tanto, negligencia profesional alguna, y en todo momento se actuó con la diligencia y celo profesional exigible a un buen profesional.

»No obstante, si se hubiera sospechado el cuadro el 26 por la mañana, cuando se instauró y aún era reversible, y si se hubiera actuado terapéuticamente sin más dilación en ese momento, las oportunidades de supervivencia de vvvvv habrían sido mayores”.

- Informe de los Dres. ddddd, fffff, cccc y ggggg, de 7 de agosto de 2005, con estas conclusiones:

“1. La paciente era una bronquítica asmática severa que necesitó de varios ingresos en el hospital.

»2. En el último ingreso el tratamiento instaurado era correcto, la evolución fue favorable.

»3. El 26 de enero presentó un cuadro de dolor y distensión abdominal que tras la exploraciones clínicas y analíticas, no determinó la existencia de un abdomen agudo.



»4. En ningún momento de las exploraciones efectuadas se documenta en la H<sup>a</sup> clínica la presencia de rectorragias. La familia tampoco las refiere en la reclamación.

»5. A las 24 horas y tras el agravamiento de los síntomas se solicitan todas las exploraciones diagnósticas indicadas ante la presencia de una colitis isquémica.

»6. Tanto la Rx de abdomen, como el Enema opaco, como el TAC, no fueron concluyentes ni detectaron la presencia de una colitis isquémica.

»7. Sí en cambio se demuestra que no existe una isquemia intestinal aguda que afecte a todo el intestino delgado y estómago.

»8. La cirugía se realizó en tiempo y forma correcta. El riesgo anestésico era ASA IV, lo que significa que tenía un 80% de tener complicaciones operatorias o perioperatorias.

»9. El informe anatomopatológico de la pieza confirma los hallazgos operatorios y el diagnóstico.

»10. La colitis isquémica grave se manifiesta fundamentalmente por dolor y rectorragias, en este caso solo apareció dolor de abdomen agudo el mismo día 27 y las rectorragias estuvieron ausentes.

»11. La mortalidad es de un 50%, cuando no existe patología asociada, lo que no ocurría en el caso de esta paciente que presentaba un BA severa con ICC.

»12. No estamos de acuerdo con el enfoque del informe de la Inspección en lo que se refiere a *consideraciones y discusión*, puesto que confunde la trombosis o embolia de la mesentérica superior con la colitis isquémica, que son dos entidades anatomopatológicas diferentes.

»13. A la vista de la documentación examinada se puede concluir en que las actuaciones de todos los profesionales se pueden considerar correctas, de acuerdo con la *lex artis*.





Cabe destacar, por ser objeto de cierta controversia en el expediente, la sintomatología que presentaba la paciente el día 26 de enero, que en el resumen de los hechos realizado en este informe se contiene el siguiente párrafo:

“El 26-01-04, se avisó al médico de guardia por presentar dolor abdominal tipo retortijón, refiriendo la paciente estar muy molesta por no hacer deposición. Se ponen dos enemas de micralax. Revisada 2 horas más tarde se encuentra dolorida, sudorosa, pálida y muy nerviosa. En la exploración distensión abdominal, con disminución de RHA y dolor difuso a la palpación. Se solicita analítica en la que se observa una leucocitosis de 22.000, con desviación izquierda. Urea 147 y Creatinina: 1.7”.

**Cuarto.-** Tras practicarse el trámite de audiencia, el 12 de septiembre de 2005 la parte reclamante presenta un escrito de alegaciones, en el que reitera su solicitud.

Tras nuevo trámite de audiencia, las interesadas presentan, el 24 de noviembre de 2005, un nuevo escrito de alegaciones insistiendo en su reclamación. De este escrito cabe resaltar la siguiente alegación, efectuada tras una descripción de la evolución de la paciente:

“Desde las 20:00 h han transcurrido 18 h hasta la valoración del cirujano.

»Resulta objetivado conforme a los protocolos médicos habituales que la sospecha de situación de íleo u obstrucción intestinas es incuestionable y resulta evidente para cualquiera en el campo de la medicina, dada la clínica de la paciente ya referida y las analíticas paralelas que muestran leucocitosis de 22.000 con desviación a la izquierda, y ante la sospecha de íleo sin antecedentes de Cirugía abdominal previa, una vez descartado el antecedente quirúrgico, dada la existencia de distensión abdominal, náuseas o vómitos, lo que tuvo que haberse realizado conforme a la praxis médica fue colocar sonda nasogástrica con aspiración del contenido gástrico, y no administración de analgésicos que pueden enmascarar la aparición de un infarto intestinal y posterior perforación.



»En la asistencia prestada a Doña vvvvv nada de esto se tuvo en cuenta y la realización de técnicas de diagnóstico (TAC, ecografía, o RM) se retrasaron hasta 18 h”.

**Quinto.-** Con fecha 18 octubre de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

**Sexto.-** El 2 de noviembre de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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

**Séptimo.-** Tras haber sido solicitado por el Consejo Consultivo, se recibe informe, de 23 de marzo de 2007, del Dr. qqqqq, con el siguiente contenido:

“1º.- Cuál fue la afección que exactamente padeció Dña. vvvvv manifestada a partir del día 26 de enero de 2004 con ciertos dolores abdominales y falta de deposición. Si fue una isquemia intestinal o fue una colitis isquémica.

»Por los datos señalados en la historia clínica, los descritos en la hoja de quirófano y en el informe de la pieza quirúrgica consideramos que la enfermedad padecida por dicha paciente fue una colitis isquémica también conocida como Isquemia colónica. Dentro de la colitis isquémica se incluyen la forma transitoria, la crónica y la gangrenosa siendo esta última la más grave porque acaba provocando necrosis, perforación y peritonitis generalizada.

»Fundamos nuestro criterio diagnóstico en los siguientes hechos:

»a.- La colitis isquémica es la forma más común de isquemia del tracto gastrointestinal y afecta al intestino grueso.



»b.- El intestino grueso recibe su vascularización de la arteria mesentérica superior e inferior a través de ramas que comunican ambos troncos arteriales (arcadas de Riolo y marginal de Drummond). El colon izquierdo, que incluye transversal izquierdo, ángulo esplénico, colon descendente y sigma, está vascularizado por vasos más largos y por lo tanto más expuestos a la isquemia de tal forma que es a ese nivel donde las lesiones son más frecuentes e intensas. Recordemos que en esta paciente la perforación del colon, por necrosis, estaba localizada a nivel de colon descendente.

»c.- La colitis isquémica es una enfermedad más frecuente en la población anciana en quienes además de la precaria vascularización del colon izquierdo por razones anatómicas, como acabamos de señalar, tienen afectación arteriosclerótica de los vasos de tal manera que una reducida perfusión por bajo gasto cardiaco facilita la isquemia. La paciente padecía una insuficiencia cardiaca congestiva que es causa frecuente de hipoperfusión de territorios pobremente vascularizados. Las isquemias de colon de este origen tienen un pronóstico particularmente malo (pág. 149. Shackelford).

»2º.- El dictamen médico de www, S.L. mantiene discrepancias con el informe de la inspección, señalando que 'no podemos estar de acuerdo por lo tanto con el informe de la inspección en el que habla de isquemia mesentérica o embolia arterial'; que todas las consideraciones y la discusión giran en torno a la isquemia mesentérica pero de la mesentérica superior, arteria que para nada irriga el colon y que 'en la cirugía se descubrió un cuadro de colitis isquémica que es un cuadro anatómico muy distinto de la trombosis mesentérica'. Si el informe de la inspección es o no equivocado en estas cuestiones, y en qué medida influye ello en sus conclusiones.

»La 'isquemia mesentérica' es una entidad caracterizada por insuficiente vascularización y necrosis que afecta fundamentalmente al intestino delgado. Las causas más frecuentes son embolia arterial y trombosis arterial, trombosis venosa y bajo gasto cardiaco.

»No es cierto cuando se dice 'la arteria mesentérica superior para nada irriga el colon'. El colon derecho y transversal derecho reciben su vascularización de las arterias ileocecal, cólica derecha y cólica media, ramas de la arteria mesentérica superior, que comunican con la



cólica izquierda, rama de la arteria mesentérica inferior, a través de la arcada de RIOLANO como hemos señalado anteriormente.

»Cuando el origen de la isquemia es por una enfermedad oclusiva (embolia o trombosis, sea arterial o venosa) las lesiones dependen del lugar en donde se detiene el émbolo o se localiza el trombo y las pruebas diagnósticas de imagen (arteriografía o angiotac) permiten advertir la amputación del vaso que indica el nivel de obstrucción, pero cuando la enfermedad no es oclusiva (bajo gasto cardiaco) como el origen de las lesiones es la escasa perfusión de los tejidos, los estudios con contraste no permiten apreciar imagen de stop.

»En mi opinión la paciente sufrió un 'bajo gasto cardiaco' consecuencia de la insuficiencia cardiaca congestiva que padecía. En estos casos se reduce drásticamente la cantidad de sangre que circula por los territorios de la arteria mesentérica superior y especialmente de la inferior (por las razones expuestas anteriormente) y esto explica que las lesiones isquémicas afecten preferentemente al colon. Dice el estudio de anatomía patológica de la pieza: 'Colitis isquémica en fase aguda. La lesión se extiende al borde de resección' es decir a la parte de colon vascularizada por las ramas de la arteria mesentérica superior.

»El informe de la inspección incluye, a mi entender, claros errores conceptuales anatómicos de la vascularización intestinal y de la enfermedad isquémica intestinal.

»3º.- Si puede considerarse que respecto a la afección intestinal que padeció Dña. vvvvv, especialmente a partir del 26 de enero de 2004, se le practicaron las pruebas oportunas y si los síntomas de la paciente fueron bien interpretados.

»Las manifestaciones clínicas precoces de la colitis isquémica son: Dolor abdominal agudo, deseo urgente de defecar dentro de las primeras 24 horas, rectorragia y fiebre (pág. 1442. Sabiston 148 Shackelford).

»A pesar de que la paciente no presentaba los síntomas comunes de la enfermedad los clínicos que la trataban sospecharon una isquemia intestinal y solicitaron pruebas diagnósticas en este sentido (radiología



simple y enema opaco). En la sospecha seguramente valoraron acertadamente los antecedentes de la paciente.

»4º.- Si con anterioridad al día 26 de enero de 2004 la paciente presentó síntomas que pudieran hacer sospechar la grave afectación intestinal en cuestión:

»En absoluto existieron síntomas que hicieran sospechar este proceso.

»5º.- Cuáles fueron exactamente los síntomas que presentó a partir del día 26 de enero de 2004, y si tales síntomas permitían un diagnóstico más rápido que el que se efectuó:

»El 'dolor' es un síntoma común a múltiples procesos abdominales agudos pero la paciente no presentó rectorragia, síntoma muy importante para sospechar una isquemia de colon, ni signos de peritonismo (defensa o contractura y Blumber positivo) que hubieran alertado de la necesidad de una actitud terapéutica más agresiva.

»6º.- Si son correctas las reflexiones médicas efectuadas por la parte reclamante en su escrito de 23 de noviembre de 2005, especialmente en lo relativo a que lo que tuvo que haberse realizado fue colocar una sonda nasogástrica con aspiración del contenido gástrico, y no administración de analgésicos que pueden enmascarar la aparición de un infarto intestinal y posterior perforación.

»La utilización de sonda nasogástrica es un procedimiento cada vez menos empleado por su escasa utilidad y las molestias que provoca. Pero al margen de este dato, constatado en todas las publicaciones médicas, es evidente que si la paciente desayuna el día 27, y no vomita, y el enema ha sido efectivo no hay razones para su empleo. Sin embargo la presencia de dolor permite la administración de analgésicos cuando el paciente está vigilado y por lo tanto el médico ya sabe del posible efecto encubridor de aquellos.

»En definitiva ni una ni otra medida influyeron, desde mi punto de vista, en la evolución del proceso.



»7º.- Si de haberse detectado antes la grave afección intestinal que la paciente padecía, y haber sido operada el día 26 de enero, hubiera variado las posibilidades de supervivencia y en que proporción.

»En el diagnóstico precoz de isquemia intestinal de colon se utilizan la clínica, la radiografía simple del abdomen, el enema opaco, la colonoscopia y al angiotac. Al parecer ni la radiografía simple ni el enema permitieron comprobar la típica imagen en 'huellas digitales' que hiciera sospechar la lesión y el TAC tampoco aportó datos de interés. Evidentemente sólo el diagnóstico temprano de la enfermedad hubiera permitido aplicar el tratamiento más eficaz evitando la necrosis y perforación del colon pero quienes tenemos experiencia en cirugía de urgencia de este tipo sabemos que la inmensa mayoría de las veces el diagnóstico de esta enfermedad se hace desgraciadamente en el quirófano.

»8º.- Cualquier otro dato, juicio o reflexión que permita arrojar luz sobre este caso, especialmente en lo relativo al tratamiento técnico dado a la paciente.

»Como conclusión señalar que la Isquemia Intestinal, sea de intestino delgado o grueso, es una catástrofe abdominal que se observa en pacientes ancianos y con enfermedades asociadas graves. Aun diagnosticada de forma temprana (por sospecha clínica y actitud agresiva diagnóstica o terapéutica) conduce a la muerte del paciente hasta en el 90% de los casos. Y es que cuando se inicia la isquemia 'a los 10 minutos es posible encontrar daños estructurales y el daño celular palpable a los 30 minutos' (Pág. 387-388 AEC)".

**Octavo.-** Consta en el expediente (folio 72) un documento judicial relativo a la interposición de un recurso contencioso-administrativo por la parte reclamante contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

## 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.

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

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

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (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.

**5ª.-** La parte reclamante 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.

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera que, al igual que en otros supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, es de especial importancia la aplicación de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es





posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud de las reclamantes, por cuanto de la documentación obrante en el expediente se desprende, a juicio de este Consejo Consultivo, que no ha resultado acreditado que se hayan infringido los parámetros entre los que se desenvuelve la *lex artis*.

No es obstáculo para afirmar lo anterior el que el informe de la Inspección Médica concluya que “si se hubiera sospechado el cuadro de isquemia intestinal aguda el día 26 por la mañana, cuando se instauró y aún era reversible, y si se hubiera actuado terapéuticamente sin más dilación en ese momento, las oportunidades de supervivencia de vvvvv habrían sido mayores”; que “a vvvvv se le restó un 20% de probabilidad de vivir 3,87 años más”; y, finalmente, que “se ha incurrido en responsabilidad sanitaria”. Y no son estas conclusiones óbice para afirmar la desestimación de la reclamación, porque las mismas no impiden emitir el juicio de que no se ha probado la infracción de la *lex artis*.

Al respecto, deben hacerse las siguientes reflexiones:



a) El propio informe de la Inspección Médica da pie a considerar que no hay prueba de que la *lex artis ad hoc* no se respetara, pues además de sacar las comentadas conclusiones, formula también esta otra: "No hubo negligencia profesional alguna, y en todo momento se actuó con la diligencia y celo profesional exigible a un buen profesional".

b) El informe de los Dres. ggggg, ddddd, ccccc e fffff tampoco permite considerar acreditada la infracción de la *lex artis ad hoc*. Su última conclusión dice así: "A la vista de la documentación examinada se puede concluir en que las actuaciones de todos los profesionales se pueden considerar correctas, de acuerdo con la *lex artis*". Esta conclusión tiene apoyo, a nuestro juicio, a su vez, en las conclusiones 3 a 10 del citado informe, las cuales ya se han transcrito en los antecedentes de hecho.

c) El informe del Dr. qqqqq, evacuado a instancia de este Consejo, tampoco ofrece respuestas que hagan posible entender infringida la *lex artis*. Al respecto cabe destacar las preguntas y respuestas 3ª y 5ª, que conforme al informe son las siguientes:

- "3º.- Si puede considerarse que respecto a la afección intestinal que padeció Dña. vvvvv, especialmente a partir del 26 de enero de 2004, se le practicaron las pruebas oportunas y si los síntomas de la paciente fueron bien interpretados.

»La manifestaciones clínicas precoces de la colitis isquémica son: Dolor abdominal agudo, deseo urgente de defecar dentro de las primeras 24 horas, rectorragia y fiebre (pág. 1442. Sabiston 148 Shackelford).

»A pesar de que la paciente no presentaba los síntomas comunes de la enfermedad los clínicos que la trataban sospecharon una isquemia intestinal y solicitaron pruebas diagnósticas en este sentido (radiología simple y enema opaco). En la sospecha seguramente valoraron acertadamente los antecedentes de la paciente".

- "5º.- Cuáles fueron exactamente los síntomas que presentó a partir del día 26 de enero de 2004, y si tales síntomas permitían un diagnóstico más rápido que el que se efectuó:



»El 'dolor' es un síntoma común a múltiples procesos abdominales agudos pero la paciente no presentó rectorragia, síntoma muy importante para sospechar una isquemia de colon, ni signos de peritonismo (defensa o contractura y Blumber positivo) que hubieran alertado de la necesidad de una actitud terapéutica más agresiva”.

d) En cuanto a los razonamientos que efectúa la propuesta de resolución en el fundamento de derecho V, párrafos quinto y sexto, rebatiendo las afirmaciones del informe de la Inspección Médica en relación a que el 26 de enero por la mañana apareció la tríada de síntomas –fuerte dolor abdominal, vómitos (con o sin diarrea) y shock progresivo– del primer periodo de la isquemia mesentérica aguda, el Consejo considera que con independencia de si a la vista de la historia clínica puede entenderse o no que se dieron tales síntomas –mencionados en tal día 26 dentro de los hechos probados en el informe de la citada Inspección, mientras que el informe de los Dres. dddd, ffff, cccc y gggg se refiere a dolor abdominal tipo retortijón y molestia por no hacer deposición–, lo cierto es que los informes de los citados doctores y el del Dr. qqqq se han elaborado a la vista de dicha historia, conociendo sus datos, por lo que sea cual fuere la interpretación de éstos, ello no les ha impedido efectuar las conclusiones ya comentadas, con un enfoque en sus consideraciones distinto al efectuado por la Inspección, enfoque que a este Consejo le merece singular crédito por provenir de especialistas particularmente capacitados para analizar el caso que nos ocupa.

e) En cuanto a la afirmación efectuada por las interesadas en el escrito de alegaciones presentado el 24 de noviembre de 2005, referente a que hubo de colocarse una sonda nasogástrica y no administrar analgésicos, transcrita en el antecedente de hecho cuarto, no impide mantener el juicio de que no hay prueba de infracción de la *lex artis*, no sólo por lo dicho en los puntos anteriores, sino porque a esta concreta cuestión responde el informe del Dr. qqqq con estas palabras:

“La utilización de sonda nasogástrica es un procedimiento cada vez menos empleado por su escasa utilidad y las molestias que provoca. Pero al margen de este dato, constatado en todas las publicaciones médicas, es evidente que si la paciente desayuna el día 27, y no vomita, y el enema ha sido efectivo no hay razones para su empleo. Sin embargo la presencia de dolor



permite la administración de analgésicos cuando el paciente está vigilado y por lo tanto el médico ya sabe del posible efecto encubridor de aquellos.

»En definitiva ni una ni otra medida influyeron, desde mi punto de vista, en la evolución del proceso”.

En resumen, no hay base documental para considerar acreditada con una cierta seguridad una infracción de la *lex artis*. Obviamente, si se hubiera diagnosticado antes la colitis isquémica, las probabilidades de supervivencia de la paciente hubieran sido mayores. Pero precisamente porque no hay prueba de que se infringiera aquella ley técnica, es decir, porque no hay prueba de que desde el punto de vista médico se incurriera en un error o retraso de diagnóstico por negligencia o falta de medios, no puede imputarse a la Administración sanitaria responsabilidad patrimonial por el óbito de la madre de las reclamantes.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx y Dña. zzzzz, representadas por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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