



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 15 de diciembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. bbbbb, D. aaaaa y D. fffff*, 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 20 de julio 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 por Dña. bbbbb, D. aaaaa y D. fffff, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de julio de 2006, se procedió a darle entrada en el Registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 738/2006, 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. Madrid López.

Primero.- Con fecha 14 de julio de 2003, tiene entrada en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial de Dña. bbbbb, D. aaaaa y D. fffff, por la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre, Dña. mmmmm, en el Hospital hhhhh de xxxxx.



Los reclamantes solicitan que se reconozca el derecho a ser indemnizados en la cantidad de 150.000 euros por el fallecimiento de su madre como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida.

Señalan en su escrito de reclamación:

“1) Su madre, Doña mmmmm, con fecha 9 de febrero del pasado año 2002, falleció en xxxxx a consecuencia de “tromboembolismo pulmonar masivo”, según dictamen del Sr. Médico Forense, adscrito al Juzgado de Instrucción núm. x de los de xxxxx (autos xx/02 y sentencia núm. xx/03, de 28 de enero del actual).

»2) Su referida difunta madre, con ocasión del accidente de tráfico acontecido el 15 de enero del año 2002, fue atendida por los facultativos del servicio de urgencias y de la U.V.I. del Hospital hhhhh, a las 18,15 horas, siendo diagnosticada únicamente: policontusionada, fractura radio derecho, contusión esternón, hematoma frontal, coxalgia derecha, permaneciendo 24 horas en observación. Regresó al servicio de urgencias los días 2 y 6 de febrero, siendo reintegrada a su domicilio, al considerar que padecía vértigo y tras haberle sido recetados dogmatil y nolotil, lo que supone un evidente error de diagnóstico, con desatención total a la paciente y causa inmediata de su muerte, ajena a la fractura ósea diagnosticada”.

Acompañan a su escrito una fotocopia del libro de familia.

Posteriormente, presentan una copia de las diligencias previas núm xxx/02 seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº x de xxxxx. Dentro de dicha documentación se incluye el informe de la autopsia, emitido con fecha 17 de abril de 2002, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“1ª) Que Doña mmmmm falleció de muerte violenta, de etiología accidental, al haber participado el factor “inmovilización” tras el accidente de tráfico.

»2ª) Que la data resulta compatible con las 4 horas del día 9 de febrero de 2002.



»3ª) Que la causa fundamental fue la Trombosis venosa, la Obesidad y la Inmovilización corporal por la fractura radial derecha y las policontusiones.

»4ª) Que la causa inmediata fue el Tromboembolismo pulmonar masivo”.

Segundo.- Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:

I.- Informe del Coordinador de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, emitido con fecha 28 de noviembre de 2003, en el que señala:

“En ningún momento hubo error de diagnóstico.

»El tromboembolismo pulmonar sólo se puede diagnosticar cuando aparece y no antes: Es un cuadro agudo.

»Salvo el día del ingreso (8-02-02) en todas las ocasiones ni el interrogatorio ni la exploración física hacen suponer, ni remotamente, la posibilidad del diagnóstico, ni siquiera diagnóstico diferencial del tromboembolismo pulmonar y menos aún con saturaciones de Oxígeno estrictamente normales en los diferentes episodios.

»Es el día 8-02-02 cuando refiere disnea, se objetiva auscultación pulmonar patológica y saturación de oxígeno del 82%; es entonces cuando se puede sospechar, se sospecha y se diagnostica el tromboembolismo pulmonar”.

II.- Informe emitido por la Inspección Médica de fecha 11 de febrero de 2004, en cuyas conclusiones se señala que “no hubo desatención, ni abandono de la paciente por parte de los Servicios de Urgencia del Hospital hhhhh. Ni la anamnesis, ni la exploración física, ni las pruebas realizadas los días previos al ingreso, hacen suponer un diagnóstico de sospecha de tromboembolismo pulmonar”.

III.- Historia clínica de la paciente obrante en el Hospital hhhhh de xxxxx.



Cuarto.- Consta en el expediente un escrito de la compañía aseguradora ssss, de fecha 28 de septiembre de 2004, dirigido a la Administración sanitaria, en el que se señala que "iniciadas negociaciones con el abogado de los reclamantes en el expediente de referencia, ha sido imposible alcanzar un acuerdo amistoso con el mismo, extremo que les comunicamos a los efectos oportunos".

Quinto.- Mediante Resolución de fecha 14 de octubre de 2004 se concede trámite de audiencia a la parte reclamante (siendo notificado el 20 de octubre de 2004). Los interesados presentan un escrito de alegaciones en fecha 5 de noviembre de 2004, reiterando las mismas pretensiones que en su escrito de reclamación salvo en lo concerniente a la cantidad en concepto de indemnización solicitada, que modifica a la baja en la cantidad de 90.000 euros, siguiendo los últimos criterios de los Tribunales de Justicia.

Sexto.- Con fecha 23 de enero de 2006, la Dirección General de Desarrollo Sanitario remite al Servicio de Normativa y Procedimiento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León informe propuesta de carácter estimatorio parcial, en el sentido de reconocer a los reclamantes una indemnización de 25.620,90 euros. Posteriormente emite una nueva propuesta, de fecha 23 de mayo de 2006, reconociendo a los reclamantes una cantidad de 26.568,88 euros en concepto de indemnización.

Mediante escrito de 17 de febrero de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden estimatoria parcial, al considerar que pudo haberse obtenido el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar antes del momento en que efectivamente se realizó, lo que ha determinado una pérdida de oportunidades. Dicha propuesta es modificada a instancia de la Asesoría Jurídica en varias ocasiones, con el reconocimiento de distintas cantidades indemnizatorias, proponiendo finalmente, con fecha 1 de junio de 2006, el reconocimiento de una indemnización de 26.568,88 euros.

Séptimo.- El 13 de junio de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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



Octavo.- Mediante Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León, de 14 de agosto de 2006, se solicita informe a un experto y se suspende el plazo para la emisión de dictamen.

Noveno.- Con fecha 21 de noviembre de 2006 tiene entrada en el registro del Consejo Consultivo el informe solicitado. En él se señala que “el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar se hizo el día que presentaba clínica compatible y sugerente de ese cuadro, y esto ocurría el 8-2-2002, cuando tenía entre otros síntomas y signos: disnea, desaturación de la hemoglobina, palidez y alteración en la auscultación pulmonar. Estos datos obligan a realizar un estudio cardiocirculatorio y así se hizo, llegándose al diagnóstico”.

Décimo.- Con fecha 29 de noviembre de 2006, la Presidenta del Consejo Consultivo dicta Acuerdo por el que se reanuda nuevamente le plazo para la emisión del preceptivo 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.

3ª.- Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la 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.

No obstante, es preciso destacar que se ha producido una demora injustificada entre la interposición de la reclamación, en julio de 2003, y la propuesta de orden, en junio de 2006. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros. Y ello a pesar de que los reclamantes han solicitado en reiteradas ocasiones la resolución de su reclamación.

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) y de este Consejo Consultivo (Dictámenes de 29 de julio de 2004, expte. nº 232/2004; 31 de marzo de 2005, expte. nº 717/2005; y 28 de abril de 2005, expte. nº 357/2005) 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* como modo de 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 Dña. bbbbb, D. aaaaa y D. fffff debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Los interesados han 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.



6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, a diferencia de los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación, en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Es necesario destacar, en primer lugar, que al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario la obligación es de medios y no de resultados; ello supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso los interesados alegan en su escrito de reclamación que ha existido error de diagnóstico y deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx a su madre fallecida. Consideran que dicho error de diagnóstico, con desatención total a la paciente, ha sido la causa inmediata de su muerte, ajena a la fractura ósea diagnosticada.

Hay que tener en cuenta, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, sentada en Sentencias, entre otras, de 5 de junio, 7 de julio, 20 de octubre y 16 de diciembre de 1997 y 10 de febrero de 1998, que “la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización. El hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado”.

Asimismo, ha de precisarse que el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Conforme mantiene el Tribunal Supremo en Sentencia de fecha 5 de junio de 1998, entre otras, “el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso– se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien



como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada”.

Continúa la citada sentencia señalando que “la doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó, es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

La cuestión se centra, por tanto, en determinar, en primer lugar, si ha existido o no error de diagnóstico.

El error de diagnóstico alegado consiste en que no le fue detectado a la paciente el tromboembolismo pulmonar cuando sufrió el accidente y fue atendida en el hospital el 15 de enero de 2002, sino hasta el 8 de febrero de 2002, entendiéndose que, de haber sido diagnosticada a tiempo, no hubiera



fallecido, ya que lo único que se le diagnosticó inicialmente fue la fractura de radio sufrida en el accidente de tráfico.

En este sentido procede citar la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de fecha 10 de diciembre de 1996, en la que se establece, respecto a un posible error de diagnóstico, que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia”, y se continúa señalando que “se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

Debe analizarse, por tanto, cuándo pudo ser diagnosticado dicho tromboembolismo pulmonar (en adelante TEP), que según la autopsia fue la causa inmediata de la muerte de la paciente.

De todos los informes médicos obrantes en el expediente se desprende que el mencionado tromboembolismo no pudo ser diagnosticado antes del momento en el que efectivamente se hizo. Así, la Inspección Médica, en su informe de fecha 11 de febrero de 2004, obrante a los folios 20 y siguientes del expediente, señala que “el tromboembolismo pulmonar es una situación clínica aguda que no se puede diagnosticar con certeza, sin realizar pruebas objetivas, ya que la sospecha basada en el análisis de los factores de riesgo y de los hallazgos clínicos, tan sólo debe conducir a realizar pruebas que confirmen o excluyan el TEP.

»Se ha estimado que tan sólo se diagnostica un tercio de todos los TEP que se producen.

»No hubo desatención, ni abandono de la paciente por parte de los Servicios de Urgencia del Hospital hhhhh. Ni la anamnesis, ni la exploración física, ni las pruebas realizadas los días previos al ingreso, hacen suponer un diagnóstico de sospecha de tromboembolismo pulmonar”.

Esto es mantenido, igualmente, por el Coordinador de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, en su informe de fecha 28 de noviembre de 2003, obrante al folio 17 del expediente, en el que señala lo siguiente:



“En ningún momento hubo error de diagnóstico.

»El tromboembolismo pulmonar sólo se puede diagnosticar cuando aparece y no antes: es un cuadro agudo.

»Salvo el día del ingreso (8-02-02) en todas las ocasiones ni el interrogatorio ni la exploración física hacen suponer, ni remotamente, la posibilidad del diagnóstico, ni siquiera diagnóstico diferencial del tromboembolismo pulmonar y menos aún con saturaciones de oxígeno estrictamente normales en los diferentes episodios.

»Es el día 8-02-02 cuando refiere disnea, se objetiva auscultación pulmonía patológica y saturación de oxígeno del 82%; es entonces cuando se puede sospechar, se sospecha y se diagnostica el tromboembolismo pulmonar”.

Además, el informe de experto, emitido a instancia de este Consejo Consultivo, es categórico a la hora de concluir que no pudo diagnosticarse con anterioridad el TEP. Concretamente mantiene en sus conclusiones que “se estudió y se trató a la paciente correctamente en todo momento, con arreglo a lo que nos aportaba la clínica y a las pruebas que estando indicadas se realizaron. No se pudo diagnosticar el tromboembolismo pulmonar que padeció posteriormente, puesto que creo que no estaba presente dicha patología cuando se la vio por última vez, el 6-2-2002, antes del diagnóstico (día 8-2-2002)”.

Frente a ello, en la propuesta de orden se mantiene que el TEP pudo haberse diagnosticado dos días antes de la fecha en la que efectivamente se hizo, esto es, el 6 de febrero de 2002, al considerar que en dicha fecha presentaba manifestaciones clínicas que hubieran aconsejado realizar un estudio más exhaustivo, mareo y astenia manifestados por la paciente, la situación de inmovilización en una persona mayor y obesa y el descenso del nivel de saturación de oxígeno, aun dentro de los límites normales.

Sin embargo, lo anterior no tiene base en ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente, que manifiestan lo contrario. De acuerdo con la Inspección Médica, los síntomas más frecuentes en el TEP son la disnea, el dolor pleurítico, la tos y la hemoptisis. Síntomas que no se evidenciaban el 6 de febrero de 2002.



En cuanto a la inmovilización, ha de traerse a colación lo manifestado en el informe del experto, realizado a instancia de este Consejo Consultivo, en el que se señala que “entre las circunstancias favorecedoras de la trombosis venosa, se cita como fundamental en todos los tratados y no les falta razón: la inmovilización, pero se refiere a la falta de deambulación como ocurre cuando hay reposo en cama, o la secuela a patología traumática de extremidades inferiores, circunstancias en las cuales el paciente está en cama o sentado sin poder moverse. A esta quietud, prácticamente total, se le llama inmovilización. Aun en estos casos, para ser catalogada como factor de riesgo, debe estar tres días al menos en estas condiciones. En el caso que nos ocupa, no ocurrió nada de esto, es decir, se trató de una fractura que no requiere inmovilización de la persona, y que por su pequeña importancia no está incluida en las tablas de riesgo. Además, la paciente tenía hematomas periorbitales, frontales, etc., que no aconsejaban profilaxis con heparina. Piénsese en lo que podría ocurrir en una persona con hematomas al anticoagularle, si se produce una hemorragia en un punto vital (cerebro, por ejemplo) sin estar absolutamente indicada dicha anticoagulación. Por tanto, la actuación más importante en la prevención del tromboembolismo, cual es la anticoagulación, estaba contraindicada, o al menos no indicada en este caso.

»La creencia de que el proceso trombótico se inició el día del traumatismo, carece de toda evidencia clínica y no volveré a insistir en ello. En Medicina, todo es posible, pero cuanto mejor se conoce la patología, más exacta es la práctica clínica y las aseveraciones o creencias interesadas son eso: interesadas sin más”.

Asimismo, continúa señalando que “el vértigo es una de las situaciones más leve y a la vez más incapacitante y molesta que existe en Medicina, por otra parte es muy frecuente en traumatismos que afectan al macizo craneo-cérvico-facial. Respecto a la disnea, con saturación de hemoglobina normal, exploración cardiopulmonar normal, sin signos de mala perfusión ni de colapso circulatorio, tampoco orienta hacia una patología distinta a la tratada, dominada por el cuadro vertiginoso y la ansiedad propia de estas situaciones”.

Además, se mantiene en dicho informe que “estimaciones como la que se hace en la propuesta del Director General de Administraciones e Infraestructuras (Pág. 109) cuando se dice que el mareo, la astenia y la situación de inmovilidad en una persona mayor y obesa debió plantear la



eventualidad de una patología trombótica, me parece cuando menos desafortunada y fuera de lugar. Todas las enfermedades de la patología humana tienen cansancio (disnea) y dolor, y digo todas sin excepción, pues incluso el hipertiroidismo o el delirio, que se caracterizan por la hiperactividad, en poco tiempo se ven invadidos por el cansancio que, como dije caracteriza a toda persona enferma. Tampoco es riguroso decir que la inmovilización es un factor favorecedor de la trombosis, se trató de una inmovilización local (de la muñeca fracturada y nada más).

»Todo lo que antecede me hace pensar que no hubo abandono ni mala asistencia a la enferma, que en todo momento los médicos de guardia que la vieron actuaron con diligencia y aplicando las normas de la buena medicina y que el desgraciado desenlace fue imprevisible”.

Por tanto, de acuerdo con todo lo expuesto, este Órgano Consultivo no puede compartir la propuesta estimatoria parcial de la Administración al no tener, a nuestro juicio, base en ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente administrativo tramitado, ni tampoco por el solicitado por este Consejo. A la luz de dichos informes no puede hablarse de error de diagnóstico, ni de tardanza en la realización del diagnóstico de TEP, ni de la existencia de mala praxis médica, ni de pérdida de oportunidades.

En consecuencia, hemos de entender que la paciente fue debidamente tratada, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que no recibió una asistencia sanitaria incorrecta ni tardía, y que la misma fue ajustada a la *lex artis ad hoc*; no apreciándose, por tanto, mala praxis en la actuación de los médicos del Hospital hhhhh de xxxxx que atendieron a la paciente.

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



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada por Dña. bbbbb, D. aaaaa y D. fffff debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, Dña. mmmmm.

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