



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y  
Ponente

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 12 de abril de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxxxx y D. zzzzzz, Dña. vvvvvv y D. tttttt*, 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 13 de marzo de 2007 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. xxxxx y D. zzzzz, Dña. vvvvv y D. ttttt debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. bbbbb*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 214/2007, 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. Quijano González.

**Primero.-** Mediante escrito registrado el día 25 de noviembre en la Oficina de Correos y Telégrafos y el 29 de noviembre de 2004 en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, Dña. xxxxx y D. zzzzz, Dña. vvvvv y D. ttttt formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a su marido y padre respectivamente.



Solicitan una indemnización valorada en 300.000 euros por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de D. bbbbb, que atribuyen a dos causas: la falta de información y propuesta de alternativas de tratamiento por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhhh, como la nueva técnica quirúrgica que minimiza el riesgo de embolias postoperatorias; y el deficiente seguimiento y cuidado del paciente en el Hospital xxxxx, con graves úlceras que causan su muerte por septicemia.

Adjuntan a su reclamación los certificados del registro civil acreditativos de su condición de interesados, como familiares directos del fallecido; fotocopia del artículo publicado por el Diario de xxxxx el día 13 de julio de 2004 sobre la nueva técnica de cirugía de carótida probada por el Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital hhhhh; e informes médicos sobre el proceso del paciente.

**Segundo.-** El resumen de los hechos es el siguiente:

D. bbbbb, de 70 años de edad, y con antecedentes de diabetes mellitus insulino-dependiente e hipertensión arterial, ingresa el día 3 de marzo de 2004 en el Servicio de Neurología del Hospital hhhhh con sintomatología de mareo y pérdida de fuerza en la mano izquierda, de forma súbita.

Durante su ingreso sufre un empeoramiento con mayor paresia de la extremidad superior izquierda, mejorando posteriormente. Se procede al estudio y a la realización de pruebas complementarias (TAC y RMN craneal, DUPLEX TSA y arteriografía de TSA), siendo diagnosticado de ictus isquémico de perfil lacunar en territorio carotídeo derecho; tras la evidencia de la estenosis carotídea sintomática, se propone intervención quirúrgica y para ello ingresa en el Servicio de Neurocirugía.

El día 11 de marzo de 2004, ingresado en la planta de neurocirugía, se informa al paciente del procedimiento quirúrgico (página 274 de la historia clínica), aceptando la cirugía. El día 15 de marzo, a las 17 horas (página 274 de la historia clínica), su hijo firma y entrega los correspondientes consentimientos informados para la cirugía y para la anestesia (páginas 292 a 295 de la historia clínica).



El día 16 de marzo de 2004 se realiza una endarterectomía carotídea derecha con una angiografía intraoperatoria que es satisfactoria. En el parte de intervención quirúrgica consta:

“Incisión lateral cervical derecha, exposición carótida común y ramas. Se colocan clips y clamps tras anticoagular. Pared arterial muy fina y friable. Muy difícil disecar la placa. Quedan restos proximal y distal. Rasgado en cara interna distal. Se sutura. Cierre. 35' clampaje”.

Tras la realización de intervención quirúrgica, ingresa en el Servicio de Medicina Intensiva. Al ingreso presenta tensión arterial 150/70, somnoliento sin respuestas a órdenes verbales y hemiparesia braquial izquierda, además de facial izquierda. Ante el mantenimiento del bajo nivel de conciencia y la focalidad neurológica, se realiza TAC craneal que muestra una imagen hipodensa en cápsula interna sugestiva de infarto cerebral de aspecto embolígeno. Repetido el TAC el día 18 se hallan múltiples áreas hipodensas temporoparietales compatibles con infartos en hemisferio cerebral derecho.

Se encuentra inestable hemodinámicamente, con crisis de HTA de difícil control y una bradicardia extrema que se recupera espontáneamente, pero con desconexión con el medio y la mirada desviada a la derecha. Esos episodios se vuelven a repetir, precisando control farmacológico. Su estancia en UVI, hasta el día 5 de abril, requiere procedimientos tales como intubación, traqueotomía, ventilación mecánica, sondaje vesical, cirugía intraUCI, TAC craneal, sedación continua, sondaje gástrico, sondaje duodenal, nutrición enteral, parenteral y catéter arterial.

El día 5 de abril de 2004 se le traslada a la planta de neurocirugía. Neurológicamente se muestra consciente, con los ojos abiertos, sigue con la mirada, obedece a órdenes sencillas y se muestra reactivo al dolor, intenta emitir lenguaje, presenta hemiparesia facial central izquierda, mirada desviada a la derecha y hemiparesia izquierda homónima. Precisa tratamiento rehabilitador, con escasa mejoría.

En su estancia presenta neumonía e infección del estoma de la gastrectomía. Ante la persistencia de actitud pasiva e indiferencia al medio, se solicita el traslado a un centro de cuidados mínimos (Hospital xxxxx) para continuar con su tratamiento rehabilitador.



La evolución del paciente durante el ingreso en el Hospital xxxxx en la unidad de larga estancia (desde el 4 de mayo al 30 de junio de 2004) cursa con complicaciones (infección respiratoria, infección urinaria, hipoglucemias no especificadas, úlceras en decúbito sacro, trocánter izquierdo), con mala evolución y fiebre. Los tratamientos instaurados son antibióticos, insulina, oxígeno, rehabilitación, y se practican pruebas complementarias (radiografía de tórax y analíticas).

El día 1 de julio de 2004 la familia solicita el alta voluntaria del Hospital xxxxx y traslada al paciente al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, refiriendo el deterioro del estado general del paciente y la evolución desfavorable de las úlceras de decúbito.

Se procede al ingreso en la planta de medicina interna donde, a pesar de los tratamientos instaurados y el soporte nutricional, su evolución es desfavorable, siendo éxitus el día 16 de agosto de 2004.

**Tercero.-** Además de la historia clínica del paciente, al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del Seguro de Responsabilidad Sanitaria.

- Informe del Dr. ggggg, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhhh, en el que hace constar:

“El paciente bbbbb fue intervenido en el Hospital hhhhh el 16.3.04, por presentar estenosis carotídea derecha sintomática. Se practicó endarterectomía carotídea bajo técnica standard.

»El paciente sufrió complicación isquémica (infarto cerebral embolígeno), que le produjo un deterioro neurológico que obligó a estancia prolongada hospitalaria, debido a múltiples complicaciones subsiguientes que, añadidas a su patología de base, terminaron con el fallecimiento del paciente el 16.8.04.

»El paciente fue informado del procedimiento y riesgos y beneficios del mismo, según el conocimiento actual de la enfermedad y de sus



estándares de manejo, en los días previos a la intervención. Existe documento de consentimiento informado aceptado y firmado”.

- Informe del Dr. ddddd, director médico en funciones del Hospital hhhhh. Tras revisar la historia del paciente, las alegaciones de los reclamantes y las consideraciones médicas del caso, indica que se trata de un paciente hipertenso y diabético de larga evolución y difícil control, que ya había sufrido algún infarto lacunar cerebral y que tras sufrir otro fue ingresado, diagnosticado e intervenido quirúrgicamente mediante la técnica habitual de endarterectomía carotídea perfectamente probada y avalada que se usa en la actualidad. El paciente sufrió una complicación de la que había sido informado, a pesar del correcto tratamiento médico con anticoagulante plaquetarios y con antihipertensivos cuando lo requería y de la correcta técnica quirúrgica, como avala la arteriografía intraoperatoria realizada, asumiendo el riesgo.

- Informe de la Inspección Médica, en el que se propone desestimar la reclamación en atención a las siguientes conclusiones:

“La información de esa nueva técnica a la que se refiere la reclamación es una técnica pionera, sin experiencia en el hospital hhhhh y de muy corta experiencia en algún concreto hospital español. Aplicable únicamente en pacientes muy concretos, no a todos, y sin haberse demostrado que tiene menor morbi-mortalidad que la cirugía convencional.

»El Servicio de Neurocirugía estimó recomendable la cirugía convencional perfectamente experimentada.

»Tras realizarse esta intervención quirúrgica, surgió una complicación isquémica, un infarto cerebral embolígeno, el cual produjo deterioro neurológico y complicaciones subsiguientes añadidas a su patología base.

»Del procedimiento aplicado, riesgos, beneficios y en concreto la posibilidad de complicación isquémica, fue informado el paciente en los días previos a la intervención, firmando y aceptando el oportuno consentimiento escrito.

»En relación al seguimiento y cuidado deficiente en el Hospital de xxxxx (...), se produjo un deterioro físico del estado general del



paciente, considerado previsible a la vista de su problemática clínica, añadida a la patología de base, y además [se produjo] evolución desfavorable de las úlceras por decúbito también previsible en enfermos de estas características.

»La reclamación no se refiere a calificar [la actuación] por parte del hospital xxxxx como contraria a la *lex artis* o praxis médica, sólo se limita a exponer que el tratamiento recibido en ese centro era deficiente basándose en que iba empeorando, y por ese deterioro solicitaron el alta voluntaria ingresando en el hospital hhhhh de nuevo, donde tras mes y medio de ingreso, a pesar del tratamiento instaurado, su evolución siguió siendo desfavorable y exitus”.

- Informe realizado por peritos especialistas en medicina interna: doctores ppppp, nnnnn y qqqqq, aportado por la compañía aseguradora sssss, del que cabe destacar los siguientes extremos:

“- La endarterectomía era la técnica de elección en este caso que, como toda técnica quirúrgica, no está exenta de riesgos. Estos eran conocidos por el paciente y fueron asumidos mediante firma del Consentimiento Informado específico para ello.

»- No estaba indicada la otra alternativa a la que se hace mención en la reclamación.

»- Las complicaciones surgidas tras la intervención, fueron seguidas y tratadas acordes con las medidas habituales en estos casos cuya mala evolución es intrínseca al proceso y no a la mala praxis”.

**Cuarto.-** Concluida la instrucción del expediente, mediante escrito de 27 de febrero de 2006 (notificado el 6 de marzo de 2006), se da audiencia a la parte reclamante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formulen las alegaciones y presenten los documentos y justificaciones que estimen oportunos.

Tras comparecer el 7 de marzo de 2006, el 23 de marzo se presenta un escrito de alegaciones, firmado por un abogado no acreditado por los



reclamantes, en el que, sustancialmente, se reiteran las argumentaciones expuestas en la reclamación.

**Quinto.-** Consta en el expediente la interposición de un recurso contencioso-administrativo por parte de los reclamantes ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

**Sexto.-** El 30 de enero de 2007 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

**Séptimo.-** El 12 de febrero de 2007 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.

## **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, es preciso señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx el 29 de noviembre de 2004, hasta el día 30 de enero de 2007 no se dictó la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**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.

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 de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx, D. zzzzz, Dña. vvvvv y D. ttttt, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre fallecido, D. bbbbb.

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, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de



producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En efecto, consta que el escrito de reclamación lo presentan el 25 de noviembre de 2004, esto es, antes de transcurrir un año desde la muerte de D. bbbbb, hecho que se produjo el 16 de agosto de 2004.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una «obligación de medios», es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En ese mismo sentido se ha pronunciado el Alto Tribunal, entre otras, en Sentencias de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 o 4 de abril de 2000.

Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.



En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.



»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, es preciso determinar si ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc*, entendida en los términos expuestos, como punto de partida necesario para determinar si estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica.

La reclamación formulada por la viuda e hijos del fallecido se fundamenta en dos razones esenciales que se concretan, en primer lugar, en la falta de ofrecimiento de una alternativa al tratamiento quirúrgico aplicado, lo que implica, a juicio de los reclamantes, una información insuficiente que motivó la aplicación de una técnica inapropiada, y, en segundo término, en un deficiente seguimiento en el Hospital xxxxx.

A.- En primer lugar, en relación con la endarterectomía que le fue practicada al paciente, de acuerdo con la opinión manifestada por los especialistas en sus informes, ha de mantenerse que fue la técnica elegida por considerarla adecuada, a la luz de las características del paciente, ello sin perjuicio de considerar que, como cualquier técnica quirúrgica, aun en el caso de ser realizada correctamente, no está exenta de riesgos, siendo el infarto



cerebral embolígeno una de sus posibles complicaciones, que, lamentablemente, se actualizaron con ocasión de la intervención practicada al paciente.

En este sentido, el informe de los doctores qqqqq, ppppp y nnnnn manifiestan:

«La endarterectomía carotídea es una técnica quirúrgica descrita y utilizada desde hace muchas décadas. Consiste en la apertura de la arteria carótida y la extracción de la placa de ateroma (grasa y colesterol) que hay en su interior obstruyendo su luz en mayor o menor medida y dificultando el flujo sanguíneo.

»Para llevarla a cabo es necesario interrumpir el flujo sanguíneo de la arteria afectada (clampaje) durante un periodo de tiempo, absolutamente necesario, hasta que se pueda quitar la placa. Para disminuir este tiempo se introduce un catéter en la luz de la arteria que permite el paso de sangre al cerebro sin que ésta esté presente en el lecho de la arteria mientras se extrae la placa. Después se retira el catéter y se restablece la circulación.

»Como en todas las técnicas médicas, la Endarterectomía no está exenta de riesgos, entre los que se describen la formación de coágulos de sangre en la zona intervenida, el daño cerebral secundario a la intervención, los accidentes cerebrovasculares y la muerte. Estos acontecimientos adversos están recogidos en multitud de citas bibliográficas y estudios multicéntricos. Así, el estudio NASCET (N Eng J Med 1991; 325:445-453) revelaba que «El riesgo perioperatorio de stroke (ictus) y muerte fue del 5,8% y el total de complicaciones del 26,2%». En el estudio ACAS (Jama 1995; 273:1421-1428) los resultados fueron similares: «El riesgo de stroke fue del 5,1%».

»Más recientemente se realizó el estudio ECST (European Carotid Surgery Trial) multicéntrico con 3024 pacientes con diversos grados de estenosis de los que a 1811 se le realizó una endarterectomía con una incidencia de ictus o muerte del 7% (The Lancet 1998;351:1379-87)».

Asimismo, el informe de la Inspección Médica establece:



“La endarterectomía se realiza con el fin de extraer la placa de las arterias carotídeas. El cirujano corta y extrae la placa de la arteria carótida. Esto reduce el riesgo de un ataque cerebral. Esta técnica lleva más de 40 años y ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento sólo con medicamentos en la prevención de un ataque cerebral.

»Como cualquier intervención tiene riesgos. Hay un riesgo estimado en 1,5% de posibles complicaciones isquémicas cerebrales por embolización en el cerebro y se pueden producir importantes daños cerebrales. No hay acuerdo todavía sobre cuál es la mejor forma de protección cerebral”.

En el supuesto objeto de análisis, según se ha indicado, se ha producido la actualización de uno de los riesgos o complicaciones inherentes a la intervención a la que el paciente fue sometido, esto es, sufre un infarto cerebral embolígeno, incidente que constituye un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico practicado (endarterectomía).

Ahora bien, el hecho de que lamentablemente se haya producido uno de los riesgos que previsiblemente podían estar presentes durante la intervención efectuada no significa *per se* que no se hayan observado las exigencias que deben apreciarse en lo que se considera como una buena praxis médica.

Tal y como se señala en los diversos informes médicos, las complicaciones descritas constituyen riesgos no extraños o, lo que es lo mismo, complicaciones posibles y conocidas, que aparecen descritas en la literatura, al producirse en un significativo número de casos y cuya producción puede tener lugar con independencia de que la realización de la intervención se haga ajustándose a las exigencias de la *lex artis*.

En el caso que nos ocupa, al paciente se le realiza la intervención indicada, que se desarrolla de conformidad con las exigencias de la *lex artis*, y, pese a ello, aparecen complicaciones. Ahora bien, de los documentos que obran en el expediente puede deducirse que tanto el paciente como sus familiares fueron debidamente informados de las características de la intervención y de los riesgos inherentes la misma, tal y como se recoge en el informe de la Inspección Médica, en el que se indica que “los facultativos que prestaron asistencia al paciente adoptaron las medidas y las prácticas impuestas por la *lex artis*. Si consideramos que un elemento esencial de la *lex artis ad hoc* es la



obligación de informar al paciente o a los familiares del mismo, y tal información existió y comprendió el diagnóstico de la enfermedad, pronóstico, riesgos y beneficios del mismo”.

En el mismo sentido, el informe del Dr. ggggg, Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital hhhhh, establece:

“El paciente fue informado del procedimiento y riesgos y beneficios del mismo, según el conocimiento actual de la enfermedad y de sus estándares de manejo, en los días previos a la intervención. Existe documento de consentimiento informado aceptado y firmado”.

En efecto, constan en la historia clínica del paciente los documentos de consentimiento informado para la anestesia y la endarterectomía, firmados por su hijo (páginas 292 a 295), así como la anotación en las hojas de enfermería de la información verbal dada por el facultativo al paciente, que aceptó la cirugía (página 274). Por lo tanto, los riesgos de la endarterectomía eran conocidos y fueron aceptados por el paciente y sus familiares mediante la firma del documento de consentimiento informado.

Siendo así las cosas, no puede mantenerse que el paciente ignorara o no tuviera conocimiento de los riesgos que asumía con la práctica de la intervención y que desgraciadamente se actualizaron durante su desarrollo.

En tal sentido, según señala reiterada jurisprudencia (sirva por todas la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000), cuando la lesión deriva de los riesgos inherentes a la propia intervención quirúrgica, de los cuales fue idóneamente informado, y pueden llegar a producirse independientemente de haber utilizado la técnica correcta para la intervención quirúrgica de que se trate, no ha lugar a la responsabilidad patrimonial alguna de la Administración.

B.- Otro de los motivos en los que los interesados fundamentan su reclamación se basa en la ausencia de información sobre la existencia de una técnica quirúrgica más moderna, como alternativa a la endarterectomía, de la que tuvieron conocimiento por la prensa, y que se comenzó a utilizar en el Hospital hhhhh en las fechas en que se intervino al paciente.



Ahora bien, los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que esta alternativa quirúrgica, consistente en la realización de angioplastia transluminal percutánea y colocación de stent, no estaba indicada para este paciente.

En relación con esta cuestión, en el informe emitido por los doctores ppppp, nnnnn y qqqqq se pone de manifiesto:

“La familia entiende que debería haberse realizado otra técnica que apareció descrita en la prensa. Entendemos que se trata de la colocación de un stent. Éste es un dispositivo que se introduce en el interior de la arteria para salvar la obstrucción producida por la placa de ateroma.

»Pero la decisión de poner un stent carotídeo no se hace al azar sino que están definidas sus indicaciones que son:

»- Riesgo quirúrgico alto por la coexistencia de otras enfermedades como: angina inestable, enfermedad coronaria severa, Insuficiencia cardíaca congestiva (clase III-IV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

»- Enfermedad carotídea recurrente (reestenosis).

»- Lesión cervical alta.

»- Lesión asociada en la carótida común proximal.

»- Cirugía radical de cuello previa con o sin irradiación.

»- Parálisis del nervio laríngeo contralateral.

»- Coexistencia de otras lesiones extracraneales (vértebra, subclavia carótida común, tronco innominado, etc.).

»En nuestro paciente no existía ninguna de las indicaciones mencionadas. Pero además, esta técnica tampoco está exenta de riesgos y no asegura el éxito, como parece deducirse de la reclamación presentada. Así en el estudio realizado por el Dr. Michael Wholey en el que recoge los resultados de





53 hospitales en donde se trataron a 11231 pacientes con stent, las «Complicaciones: stroke 3/34%. Muerte 1/42%». De igual forma el estudio CAVATAS (Lancet 2001; 357:1729-37) que comparó la evolución de 504 pacientes, 251 con stent (stroke + muerte: 10%) y 253 con endarterectomía (stroke + muerte 9,9%), viendo que los resultados de stroke y defunción fueron similares.

»Pero cuando el tratamiento con stent se realiza por médicos poco expertos los resultados son peores, como lo demuestra un estudio publicado (Stroke January 2001) en el que se trataba a 219 pacientes, 107 stent (12,1% de stroke + muerte) y 112 endarterectomía (4,5% stroke + muerte).

»Todos estos datos demuestran que la decisión de realizar una endarterectomía estaba perfectamente tomada por estar indicada, ser la técnica habitual que se hacía en ese centro, no estar indicada la colocación de un stent y, al ser ésta una técnica de nueva introducción, los resultados podrían ser teóricamente peores”.

En sentido similar, en el informe de la Inspección se dispone: “Una técnica desarrollada en los últimos años, alternativa a la endarterectomía, es la angioplastia transluminal percutánea y la colocación de stent. Esta técnica se utiliza en casos seleccionados, como pacientes con estenosis postradioterapia, en estenosis postquirúrgicas o en estenosis intracranea... Aún deben ser necesarios estudios amplios para valorar el beneficio de esta técnica. Pues hoy por hoy no está demostrado que tenga menor morbi-mortalidad que la cirugía convencional”.

Concluye el informe afirmando: “La información de esa nueva técnica a la que se refiere la reclamación es una técnica pionera, sin experiencia en el hospital hhhhh y de muy corta experiencia en algún concreto hospital español. Aplicable únicamente en pacientes muy concretos, no a todos, y sin haberse demostrado que tiene menor morbi-mortalidad que la cirugía convencional. El Servicio de Neurocirugía estimó recomendable la cirugía convencional perfectamente experimentada”.

Las circunstancias expuestas permiten concluir que no ha existido infracción del deber de información al paciente o a sus familiares, por el hecho de no explicarle ni darle a conocer una técnica que, teniendo en cuenta las



características del paciente, no iba a serle aplicada por estar totalmente desaconsejada.

C.- Finalmente, en relación con la asistencia prestada por el Hospital xxxxx, nos remitiremos, una vez más, al contenido de los informes de los especialistas que obran en el expediente, cuyas consideraciones fundamentales se transcriben a continuación.

Señala la Inspección Médica:

“En relación al seguimiento y cuidado deficiente en el Hospital xxxxx, donde fue trasladado por solicitud del Servicio de Neurocirugía como centro de cuidados mínimos, para poder continuar tratamiento rehabilitador, se estima que no hubo negligencia alguna en la atención del paciente, tal y como comprobamos en la historia clínica de la unidad de larga estancia de dicho hospital donde se hace constar el seguimiento clínico del paciente, las complicaciones que fueron surgiendo a lo largo de su estancia, los tratamientos instaurados, las pruebas complementarias realizadas, valoración por otros servicios (psicólogos, Rehabilitación...).

»Durante esa estancia en el hospital xxxxx se produjo un deterioro físico del estado general del paciente, considerando previsible a la vista de su problemática clínica, añadida a la patología de base, y además evolución desfavorable de las úlceras por decúbito, también previsible en enfermos de estas características.

»La reclamación no se refiere a calificar [la actuación] por parte del hospital xxxxx contraria a la *lex artis* o praxis médica, sólo se limita a exponer que el tratamiento recibido en ese centro era deficiente en el hospital hhhhh de nuevo, donde tras mes y medio de ingreso, a pesar del tratamiento instaurado, su evolución siguió siendo desfavorable y éxitus”.

Por su parte, el dictamen de los doctores ppppp, nnnnn y qqqqq establecen respecto a la asistencia prestada por el Hospital xxxxx:

“En la reclamación se dice que el seguimiento y cuidados en este centro fueron deficientes, ocasionándole úlceras que se infectaron y le causaron la muerte. Nada más lejos de la realidad. El paciente ingresa en el mencionado



centro, en donde al día siguiente se solicita el comienzo de la rehabilitación, factor éste muy importante para evitar la posibilidad de una vida cama-sillón que indefectiblemente termina con úlceras por presión. Además se constata que tiene febrícula y se dan circunstancias para el control de su enfermedad de base (diabetes) y se le coloca una sonda vesical «por incontinencia y úlcera sacra en mal estado». Ya llegó al centro con úlcera y fiebre.

»En las hojas de evolución se aprecia cómo el control del paciente fue diario, actuando en función de los episodios patológicos que tenía, con oscilaciones de hiper e hipoglucemia favorecidos por las infecciones, fundamentalmente de la úlcera de apoyo. Esta úlcera, como hemos mencionado anteriormente, no se produjo en este hospital, pues ya estaba descrita el día de su ingreso, y se debe a la disminución del riego sanguíneo en el tejido como consecuencia de la presión que se ejerce entre dos superficies duras (hueso y zona de apoyo: cama, sillón) que determinan una necrosis del tejido. Pueden aparecer en 48 horas pero lo habitual es que aparezcan días o meses más tarde gracias a los cuidados que el personal de enfermería realiza a los pacientes, con higiene y cambios posturales que favorezcan el flujo sanguíneo a la zona afectada. De cualquier forma y aun con el mejor de los cuidados, el deterioro progresivo de un paciente diabético, con déficit nutricional y apoyado sobre zonas más o menos isquémicas, terminan por hacer su aparición y después de ello la infección de la misma.

»El paciente fue trasladado posteriormente al hospital de origen, en donde tampoco pudieron hacer nada por mejorar su situación, apareciendo infecciones por diversos gérmenes sobre las úlceras descritas que tampoco tenían un tratamiento quirúrgico distinto al de la limpieza o resección de los bordes.

»Finalmente el paciente fallece habiendo sido su evolución una de las clásicas en este tipo de enfermos que sin movilidad son prácticamente irrecuperables”.

Por tanto, a la luz de lo hasta aquí expuesto, puede concluirse:

- Que el daño sufrido por el paciente (infarto lacunar) supuso la actualización de un riesgo inherente a la intervención a la que se sometió, conocido y aceptado según se deduce del documento de consentimiento



informado obrante en el expediente, sin que ello suponga que ha existido mala praxis por parte de los facultativos encargados de su asistencia, extremo éste que no ha quedado demostrado.

- Que la práctica de una alternativa quirúrgica más novedosa estaba desaconsejada para el paciente, además de por no existir experiencia en el Hospital hhhhh para su aplicación, por estar únicamente recomendada para pacientes muy concretos, no perteneciendo a esta categoría el paciente que nos ocupa dada su patología y las características que presentaba.

- Que el empeoramiento sufrido por el paciente durante el tiempo que duró su estancia en el Hospital xxxxx fue debido a la situación clínica que presentaba, sin que en ningún caso pueda imputarse su deterioro a la deficiente asistencia recibida en el hospital referido.

Por tanto, el Consejo Consultivo comparte el sentido desestimatorio de la propuesta, elaborada por la Consejería de Sanidad, que obra en el expediente.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, no justificada, puesto que hemos de recordar que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver, trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la propia Administración de Justicia con procedimientos que no deberían haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.



### **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 Dña. xxxxx y D. zzzzz, Dña. vvvvv y D. ttttt debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. bbbbb.

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