



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 Valladolid el día 6 de abril de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. ccccc*, 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 23 de febrero 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. ccccc debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre fallecido, D. ppppp*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de febrero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 235/2006, iniciándose el cómputo del plazo, previa ampliación de éste, 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.- D. ppppp, de 80 años, contaba con antecedentes personales de hipertensión arterial de larga evolución, ex fumador, hipercolesterolemia, arteriopatía periférica con claudicación intermitentes, accidentes cerebrovasculares de repetición, infarto agudo de miocardio con enfermedad



coronaria severa no quirúrgica ni vascularizable, sospecha de isquemia mesentérica, apnea del sueño, insuficiencia renal crónica, hipoacusia bilateral, gota con episodio aislado de podagra, cirugía de cuello, síndrome prostático con PSA elevado en seguimiento y tratamiento, rectorragia autolimitada desde enero de 2003 con colonoscopia en marzo y junio del mismo año, donde se diagnostica adenoma bien diferenciado sobre pólipo de dos centímetros de diámetro localizado a tres centímetros del margen anal.

El 10 de septiembre de 2003 se realiza cirugía para extirpación de pólipo ano-rectal, debido a neoplasia rectal, tras haber sido valorado en Sesión de Tumores entre los Servicios de Oncología y de Cirugía General. El caso es estudiado detenidamente por los elevadísimos riesgos del paciente, informando con amplitud sobre todas las cuestiones relacionadas con el proceso tanto al paciente como a su familia, los cuales firman el consentimiento informado.

La intervención se realiza bajo anestesia intradural y en posición de navaja, se extirpa completamente el pólipo vía endoanal y se realiza una sutura hemostática primaria, dejando taponamiento del canal anal con gasa y Spongostan. La intervención se desarrolla sin complicaciones, siendo trasladado a planta de cirugía. A las 20 horas sufre un mínimo sangrado por la herida quirúrgica como consecuencia de la salida del tapón, motivo por el que se realiza un nuevo taponamiento por un cirujano en la habitación.

A los 20 minutos el paciente entra en síncope vasovagal por lo que se decide revisar en quirófano, dando puntos de sutura a la herida quirúrgica y realizando nuevo taponamiento, tras lo cual el paciente no vuelve a sangrar en todo el proceso.

A las 23 horas del día 10 de septiembre sufre dolor torácico y disnea. En las pruebas realizadas se objetivan signos de isquemia en pared lateral del ventrículo izquierdo, iniciándose tratamiento con nitroglicerina y solicitándose analítica con enzimas cardíacas. Las pruebas seriadas realizadas a lo largo de la noche permiten descartar daño miocárdico. Desarrolla cuadro de oliguria con insuficiencia renal cónica, tratado con Furosemida intravenosa. El médico intensivista confirma el diagnóstico de angor inestable, con buena respuesta al tratamiento pautado.



En la noche del día 11 de septiembre el cirujano revisa el taponamiento y aprecia que no hay sangrado y que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con mejoría de la diuresis, por lo que decide su traslado a planta con tratamiento analgésico. En la planta es nuevamente valorado por el cirujano de guardia, que informa a la familia de su situación estable, y solicita interconsulta con el medicina interna para valoración de la situación cardiológica y renal del paciente.

En la madrugada del día 12 de septiembre de 2003 presenta un nuevo cuadro de dolor torácico junto con malestar general y disnea. Se realizan pruebas diagnósticas, analíticas y radiográficas, apreciando el internista datos compatibles con edema pulmonar agudo, que no mejora con las medidas terapéuticas iniciales, por lo que se decide su traslado a UCI, donde se continúa el tratamiento con oxigenoterapia, heparina, furosemda y nitroglicerina intravenosas, sin que mejore su situación hemodinámica ni radiológica, persistiendo la insuficiencia ventricular izquierda.

El día 14 de septiembre, debido a su patología basal, considerando agotada la asistencia que se le puede prestar en la UCI y de acuerdo con la familia, se decide su traslado a la planta de cirugía, con juicio clínico de infarto agudo de miocardio no quirúrgico y edema agudo de pulmón en paciente con cardiopatía isquémica muy avanzada y sin posibilidades quirúrgicas. Fallece por parada cardiorrespiratoria el día 15 de septiembre de 2003.

Segundo.- El 23 de septiembre de 2003, Dña. xxxxx, hija del fallecido, presenta un escrito de reclamación dirigido a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx, en el que pide explicaciones por considerar que la actuación médica que recibió su padre no fue correcta y que no se proporcionó a la familia la información necesaria, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran ser oportunas.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado la siguiente documentación:

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.
- Historia clínica del paciente, remitida por el Hospital hhhhh.



- Informe del Dr. aaaaa, Jefe de Sección de Medicina Intensiva del Hospital hhhhh, de fecha 10 de octubre de 2003, al que se adjunta una copia del informe de alta hospitalaria de unidad de cuidados intensivos por traslado del paciente a planta el 14 de septiembre de 2003.

- Informe del Dr. mmmm, del Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhhh, de fecha 14 de octubre de 2003.

- Informe del Dr. zzzzz, Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital hhhhh, datado el 14 de octubre de 2003.

- Informe del Dr. vvvvv, Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía del Hospital hhhhh, de fecha 16 de diciembre de 2003.

- Informe de Dña. nnnnn, Supervisora de UCI, de fecha 11 de marzo de 2004.

- Informe del Dr. fffff, del Hospital hhhhh, fechado el 7 de mayo de 2004.

- Informe de la Inspección Médica, de fecha 27 de mayo de 2004 (no de 24 de mayo, como se señala en la propuesta de orden).

- Informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora sssss por los doctores D. jjjjj, D. ggggg y D. ttttt, de fecha 27 de julio de 2004.

Cuarto.- El 22 de septiembre de 2004, el Jefe de Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario comunica a la Gerencia de Salud de Área de xxxxx que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil considera que no procede acceder a la solicitud de indemnización.

Quinto.- Mediante escrito fechado el 29 de septiembre de 2004 (notificado el 4 de octubre), concluida la instrucción del procedimiento, se da audiencia a la interesada, 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 formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

Sexto.- Con fecha 28 de octubre de 2004, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta su desacuerdo con determinadas actuaciones sanitarias, por considerar que se han llevado a cabo sin adoptar las precauciones necesarias en un paciente de riesgo, como lo era su padre debido a sus antecedentes médicos y a su delicada situación en el momento de la intervención.

Séptimo.- Con fecha 15 de diciembre de 2005, el Director General de Desarrollo Sanitario formula informe-propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Octavo.- Con fecha 20 de enero de 2006, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula la propuesta de orden desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Noveno.- El 3 de febrero de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria, por considerarla ajustada a derecho.

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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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



2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (el 23 de septiembre de 2003) hasta que se formula la propuesta de orden (el 20 de enero de 2006). Esta circunstancia 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.

A este respecto debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos. Asimismo hay que señalar que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, ya citada.

Por último, debe recordarse que conforme al artículo 89.3 de la Ley 30/1992 ya citada, la resolución (y también su notificación, de acuerdo con el tenor literal del artículo 58.2 de la referida ley) debe indicar los recursos que procedan contra la misma, el órgano ante el que deben presentarse y el plazo para su interposición.

3ª.- Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de



Sanidad, en virtud de lo 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, 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), la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; y 59/2006, de 19 de enero), 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, nexos causales 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.

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. ccccc, como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre fallecido, D. ppppp.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 23 de septiembre de 2003, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar el hecho causante por el que reclama, que se produjo el día 15 de septiembre de 2003, fecha en la que falleció D. ppppp.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y de 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 la de prestar la debida asistencia médica y no la 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 igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 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:

“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 del 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 jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Consultivo, 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, solo 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.

7ª.- En el caso que nos ocupa es necesario valorar si la asistencia médica prestada al padre de la reclamante resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis*.

Tal y como se desprende de los antecedentes de hecho de este dictamen, y recogido por el informe de la Inspección Médica, de 27 de mayo de 2004, tanto el paciente como la familia fueron puntualmente informados por cada facultativo de la situación clínica, riesgos y actuaciones clínicas que se habían efectuado o se proponían efectuar. El citado informe considera que los antecedentes clínicos del paciente hacían prever este resultado como riesgo muy estimable, y que así se hizo ver a la familia y al propio paciente. Concluye señalando que no se aprecia negligencia en las actuaciones sanitarias ni puede establecerse la existencia de omisiones o actuaciones innecesarias que hayan contribuido o causado el fatal desenlace.

Por su parte, el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora sssss por los doctores D. jjjjj, D. ggggg y D. ttttt, de fecha 27 de julio de 2004, realiza un detallado estudio de las circunstancias concurrentes en el presente supuesto. De este informe procede destacar, por su relevancia y minuciosidad, lo siguiente:

“El paciente objeto del análisis presentaba previo a la cirugía una comorbilidad altísima, no solo por su edad avanzada (80 años) sino por la gran patología asociada que presentaba, sobre todo en lo que respecta a su enfermedad arterioesclerótica avanzada con afectación miocárdica (IAM no Q anterolateral con angor inestable, enfermedad de tres vasos e imposibilidad de revascularización), cerebral (ACVs de repetición) y arteriopatía periférica (claudicación intermitente) lo que le hacía ser un paciente de muy alto riesgo ante cualquier intervención quirúrgica. Según consta en la historia clínica, todos estos hechos fueron evaluados de forma consensuada, no solo entre los servicios implicados (Oncología Médica, Cirugía General y Anestesia) sino también con la información reiterada y la aceptación por parte de la familia del paciente y por el propio paciente, considerando que el tipo de intervención que ofrecía menos riesgos para el paciente consistía en la extirpación endoanal con resección local de la neoplasia. Antes de la intervención el paciente y la familia



fueron de nuevo informados de la técnica que se iba a emplear y de las posibles complicaciones, máxime tratándose de un paciente de tal elevado riesgo, entendiendo y aceptando la situación tanto los familiares como el paciente firmaron el correspondiente consentimiento informado.

»(...) una breve consideración sobre las potenciales complicaciones de esta técnica. Al tratarse de una intervención local, vía transanal, sin necesidad de realizar laparotomía ni amputación abdominoperineal como en otros abordajes terapéuticos, las complicaciones generales más graves de este tipo de intervenciones más agresivas, como son la dehiscencia de suturas, obstrucción intestinal precoz, dehiscencia de la pared abdominal o fuga anastomótica, así como otras complicaciones, siempre menos severas y fácilmente corregibles que pueden ocurrir tras una resección transanal como la del paciente analizado. Entre ellas cabe destacar la infección local de la herida quirúrgica con posible formación de absceso por continuidad y el sangrado en la zona de la herida quirúrgica. No hay que olvidar que por el hecho de estar ingresado en el Hospital el paciente también estaría expuesto a las posibles complicaciones generales como son la infección nosocomial, trombosis venosa profunda por encajamiento etc.

»La complicación que desarrolló el paciente estaba por lo tanto dentro de las posibilidades, como así se le explicó a la familia y como viene recogido en la hoja de consentimiento informado. No obstante, se trató de una complicación que fue controlada en menos de 24 horas, sin que ello repercutiese de forma importante en la inestabilidad hemodinámica del paciente, ya que su hematocrito y cifras de hemoglobina se mantuvieron en límites aceptables sin necesidad de requerir transfusiones ni ninguna otra intervención más agresiva.

»El segundo punto a analizar es el alto riesgo del paciente que estamos tratando. Como se ha dicho anteriormente, se trataba de un paciente de edad avanzada con una enfermedad arterioesclerótica muy severa con repercusión a múltiples niveles (cardíaco, cerebral, renal y arteriopatía periférica). Todo ello hace, que incluso en condiciones ideales, es decir, aunque no hubiese sido intervenido quirúrgicamente ni hospitalizado, la posibilidad de un evento fatal era altamente probable. Todas estas consideraciones fueron tenidas en cuenta y analizadas por los servicios implicados en la atención de este paciente, por ello precisamente se intentó realizar la intervención menos



agresiva posible, con el objetivo de minimizar posibles complicaciones severas en un paciente de tal alto riesgo.

»De todo ello, se deduce que el infarto agudo de miocardio no Q que se produjo, con el edema agudo de pulmón era una variable que tenía una alta probabilidad de aparecer en un paciente de estas características.

»Por último, hay que puntualizar que los procedimientos diagnósticos-terapéuticos que se pusieron en marcha al comenzar el paciente con la clínica sugestiva de angor inestable fueron en todo momento correctos según se desprende de la historia clínica y ajustados a las guías universalmente aceptadas para el tratamiento de esta patología”.

Las conclusiones a las que llega el mencionado informe son:

“D. ppppp fue intervenido de un adenocarcinoma de recto en el Hospital General del Complejo Hospitalario de xxxxx con una intervención mínimamente agresiva dado el alto riesgo quirúrgico que presentaba el paciente.

»La complicación que desarrolló en forma de hemorragia tras la intervención era un evento posible y descrito como parte de este tipo de intervenciones.

»La complicación anteriormente reseñada fue diagnosticada y controlada de forma correcta y contribuyó al desenlace fatal del paciente.

»El desarrollo de infarto agudo de miocardio con edema agudo de pulmón asociado era asimismo un evento esperable dado el alto riesgo cardiovascular que presentaba el paciente y fue diagnosticado y tratado de forma correcta.

»La familia y el paciente fueron informados del alto riesgo que presentaba el paciente previo a la cirugía, asumiendo estos el riesgo y firmando el consentimiento informado.



»Durante su estancia hospitalaria los diferentes facultativos encargados de la atención de D. ppppp informaron puntualmente a los familiares según se fueron desarrollando los acontecimientos.

»Los profesionales intervinientes actuaron conforme a la *lex artis ad hoc* no existiendo indicios de mala praxis”.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, puede concluirse que no existe la necesaria relación de causalidad entre la asistencia sanitaria recibida por D. ppppp y su posterior fallecimiento, producido por un infarto agudo de miocardio con edema agudo de pulmón asociado; que dicho paciente tenía una alta probabilidad de sufrir un infarto de estas características dado su estado general y edad avanzada, incluso aun cuando no hubiera sido intervenido quirúrgicamente ni hospitalizado; y que, en cualquier caso, las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por los facultativos en las intervenciones quirúrgicas así como las practicadas ante el empeoramiento del paciente fueron conformes con la *lex artis ad hoc*.

Por todo ello, procede desestimar la reclamación planteada.

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. ccccc debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre fallecido, D. ppppp.

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