



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 15 de febrero de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, 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 19 de junio 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. xxxxx 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 22 de junio de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 632/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

Primero.- En el informe de la Inspección Médica se contiene la siguiente descripción de los "hechos":



“1) La paciente mmmmm, de 79 años de edad, ingresa en el Servicio de Cardiología del Hospital hhhhh el día 28.6.02, se trata de una paciente seguida por este servicio y diagnosticada previamente de: Obesidad, HTA, gastritis atrófica, hemorragia digestiva alta secundaria a LAMG, cateterismo previo con arterias coronarias normales y doble lesión aórtica leve, hipertrofia del VI severa y marcapasos por enfermedad del seno sintomática.

»2) A su ingreso la paciente refiere aumento de su disnea habitual en los últimos 15 días, asociado a dolor torácico de tipo opresivo relacionado con la disnea que aumenta con la respiración profunda y se reproduce a la palpación de la zona.

»3) El lunes 1.7.02 se le realizó un ecocardiograma transesofágico, por la Dra. ddddd y Dra. ttttt, para aclarar el origen de la disnea de la paciente y dado la ausencia de etiología cardiológica que justificase su disnea y su color torácico, se da la indicación por la Dra. ttttt de dar el alta a la paciente para el día 2 de julio.

»El mismo día 1 por la tarde se avisa al médico de guardia por ‘sensación de dolor a nivel de esternón, con una sensación subjetiva de dificultad para la deglución’ y a la exploración física: ‘dolor positivo a la palpación en región xifoidea’. Dado el antecedente de realización de ETE y el posible origen inflamatorio del dolor, se pauta analgésico y protector gástrico. (folio 57)

»4) Por ausencia de la Dra. ttttt los día 2 y 3 de julio, fueron la Dra. ppppp y el Dr. ccccc los encargados de su asistencia y así el día 2.7.02 podemos ver recogida en su hoja de evolución (folio 57): ‘la paciente refiere que estando sentada experimenta sensación de mareo, con inestabilidad y sin giro de objetos, que cede en decúbito supino. Junto con dolor retroesternal que se agudiza con la ingesta.

»Dolor a la palpación a junta de dedo en zona paraesternal’.

»Emitiéndose como juicio diagnóstico:

»1- Mareo inespecífico.



esofágico. »2- Dolor torácico secundario a procedimiento invasivo tras

»3- HTA.

»5) En las hojas de evolución de enfermería (folios 66 y 67) leemos:

»Día 1.7.02: Mañana: Se realiza eco-transesofágica.

»Tarde: Tras eco-transesofágica, dolor en zona de esófago, no merienda, ni cena.

»Se lo digo a MI.

»Noche: Dice que nota como si tuviera irritado el esófago.

»Día 2.7.02: Mañana: Sigue quejándose de molestias en la garganta y esófago. Doy Almax.

»Tarde: sigue con dolor en epigástrico, le doy un termalgin a las 21 horas. Cena poco.

»Noche: Buena noche.

»6) El día 3.7.02 se procede a darle de alta, quedando reflejado en el informe que la paciente 'Durante su ingreso no presenta nuevo episodio de disnea, pero tras la realización de ETE presenta dolor retroesternal que se reproduce a la palpación y empeora con la deglución y que cede tras tratamiento con AINES'.

»Siendo los diagnósticos:

»- Disnea G Funcional II-III/IV

»- HTA. Insuficiencia aórtica leve.



»- Obstrucción leve fundamentalmente de vías respiratorias periféricas. Obesidad.

»- Portadora de marcapasos por enfermedad del seno.

»- Anemia microcítica e hipocrónica.

»- Hemorragia digestiva alta por LAMG.

»- Dolor torácico mecánico posterior a ETE.

»- Resto de diagnósticos previos.

»7) Al día siguiente, 4.7.02, la paciente es de nuevo remitida desde su pueblo en ambulancia, ingresando en urgencias a las 14'47 h. En cuyo informe podemos leer, folio 31: 'Paciente dada de alta ayer en el servicio de Cardiología. El lunes le hicieron eco-transesofágica y desde entonces dice que nota molestias y dolor en garganta y en esófago. También refiere aumento de la disnea haciéndose de reposo'.

»En la exploración física: A raíz de la realización de una ecotransesofágica dolor retroesternal'.

»En el sistemático de sangre: se detecta una leucocitosis.

»Y con la impresión diagnóstica de: 'Disnea. Pinzamiento base derecha. Dolor torácico retroesternal' es ingresada la paciente en el Servicio Medicina Interna.

»8) Al ingreso en medicina Interna se recoge (folios 32 y 33): Desde el lunes que se realizó eco-transesofágica presenta odinofagia y disnea.

»A la exploración: 'Dolor a la presión en cara esternal y áreas costales anteriores', diagnosticándose:

»- Odinofagia tras Ecotransesofágico.

»- Derrame pleural derecho.



»- Dolor torácico tipo mecánico.

»- Infección con leucocitosis y desviación izquierda.

»El día 5.7.02 y ante la sospecha de una perforación esofágica solicitan TAC torácico con contraste que confirma el diagnóstico.

»Se ponen en contacto con el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital uuuuu, acordándose trasladar a la paciente en una UVI-móvil, pudiéndose leer en el informe de remisión (folio 30):

»'Se ingresa el día 4.7.02 con dolor torácico y odinofagia secundaria a Ecotransesofagia el día 1.7.02. Juicio Clínico: Perforación esofágica con mediastinitis y neumomediastino. Efisema subcutáneo'.

»9) A pesar del intento de operarla, la paciente falleció antes de entrar en el quirófano.

»No existiendo constancia de que se realizara la autopsia".

Segundo.- El 8 de julio de 2002, Dña. xxxxx formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su madre, Dña. mmmmm, en el Hospital hhhhh de xxxxx, por considerar, en esencia, que en aquella se produjo un error de diagnóstico y seguimiento inadecuado de la paciente.

Acompaña a la reclamación el informe de alta hospitalaria de, 3 de julio de 2002, del Servicio de Cardiología del Hospital hhhhh y el informe de urgencias de 4 de julio de 2002 del mismo hospital.

Tercero.- En el expediente constan, además de la historia clínica de la paciente en el citado hospital, los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe del Dr. ccccc, de 31 de julio de 2002, médico adjunto de la Sección de Cardiología del Hospital hhhhh.



- Informe de la Dra. ppppp, de 25 de julio de 2002, médico adjunto de la Sección de Cardiología del Hospital hhhhh.
- Informe de la Dra. ttttt, de 19 de julio de 2002, médico adjunto de la Sección de Cardiología del Hospital hhhhh.
- Informe de la Dra. ddddd, de 19 de julio de 2002, médico adjunto de la Sección de Cardiología del Hospital hhhhh.
- Informe del Dr. bbbbb, de 1 de agosto de 2002, jefe de la Sección de Cardiología del Hospital hhhhh.
- Informe de la Inspección Médica, de 24 de octubre de 2002, emitido por D. qqqqq.
- Informe médico forense evacuado el 28 de noviembre de 2002 dentro de las diligencias previas 3331/2002, seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 4 de xxxxx.
- Informe de los doctores iiiii y ooooo, a solicitud de la compañía de seguros sssss, de 30 de septiembre de 2004.

Cuarto.- Consta en el expediente el parte de reclamación del seguro de responsabilidad civil, así como un escrito dirigido a la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- Consta en el expediente el Auto de 12 de diciembre de 2002 del Juzgado de Instrucción nº 4 de xxxxx, por el que se decreta el sobreseimiento libre y el archivo de las diligencias previas procedimiento abreviado 3331/2002.

Sexto.- Con fecha 23 de noviembre de 2004, de conformidad con 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, se acuerda la apertura del trámite de



audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.

Notificado el 26 de noviembre de 2004 a la parte reclamante, ésta comparece el 1 de diciembre de 2004 en la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxxx, tomando vista del expediente, del que se le entrega una copia, y el 14 de diciembre de 2004 presenta un escrito de alegaciones en el que valora los daños y perjuicios a efectos indemnizatorios en 60.000 euros.

Séptimo.- Tras incorporarse al expediente el documento completo del consentimiento informado relativo a una ecocardiografía transesofágica, firmado por la paciente, se confiere un nuevo trámite de audiencia a la parte reclamante (notificado el 6 de abril de 2005), sin que conste en el expediente que ésta haya presentado durante el plazo conferido documentación alguna.

Octavo.- Con fecha 20 de junio de 2005, el Director General de Administración e Infraestructuras formula una primera propuesta de resolución del expediente, en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Noveno.- El 13 de julio de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa la propuesta de resolución indicada, considerando que debe estimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Décimo.- Con fecha 23 de mayo de 2006, el Director General de Administración e Infraestructura formula nueva propuesta de resolución, igualmente en el sentido de desestimar la reclamación presentada.

Undécimo.- El 30 de mayo de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa sobre la nueva propuesta de resolución reiterando lo señalado en el informe de 13 de julio de 2005.

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

Duodécimo.- Por Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León, al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico de éste, se



solicita informe de expertos, suspendiéndose el plazo para la emisión del dictamen, conforme al artículo 53.5 del citado Reglamento.

Con fecha 14 de noviembre de 2006 tiene entrada en el Consejo un informe de 31 de octubre de 2006 elaborado por el doctor rrrrr, profesor titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de xxxxx.

Por Acuerdo de la Presidenta del Consejo Consultivo de Castilla y León se requiere a la Consejería de Sanidad para que complete el expediente con determinada documentación. Remitida la documentación solicitada, informe inicial emitido por el Dr. iiiii, el 2 de febrero de 2007 se reanuda el plazo para la emisión del presente 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 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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

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

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

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

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

e) Ausencia de fuerza mayor.



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

La parte 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. En efecto, consta que lo hizo el 8 de julio de 2002, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que la paciente falleció el 5 de julio de 2002.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 23 de mayo de 2006, del Director General de Administración e Infraestructuras, reflejado en sus fundamentos de derecho, que conduce a desestimar la reclamación presentada.

Este Consejo considera que el asunto ha de analizarse tomando como referencia la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.



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

En el presente caso el análisis de la observancia o no de la *lex artis ad hoc* por los servicios sanitarios públicos en la asistencia prestada a al paciente aconseja diferenciar los dos siguientes aspectos:

A) Si la perforación del esófago se produjo o no como consecuencia de la ecografía transesofágica; y, de haber sido así, si ello supondría una vulneración de la *lex artis*.

Con carácter previo ha de señalarse que no se cuestiona en ninguno de los informes médicos la procedencia de practicar la ecografía transesofágica (ETE), existiendo unanimidad al respecto.

Unanimidad que no existe respecto a la estimación, como más probable, de si la perforación esofágica se produjo como consecuencia de la ETE o si sobrevino a consecuencia de la propia naturaleza de la enfermedad (perforación esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave).

Así, pese a que en todos los informes se reconoce el carácter excepcional o infrecuente, pero posible, de que una perforación esofágica se produzca como consecuencia de la práctica de una ETE, por un lado el informe de la Inspección Médica se inclina por dicha posibilidad y el informe médico forense parece presuponerla; y, por el contrario, por otro lado, en los informes de los doctores iiii y oooo y del profesor rrrr, pese a las circunstancias concurrentes en el presente caso, sin descartar dicha causa, se estima como improbable, dada su excepcionalidad.

No obstante, en cualquier caso, ha de observarse:

- Que en ninguno de los informes referidos se afirma que de haberse producido la perforación esofágica durante el transcurso de la ETE,



dicha circunstancia habría presupuesto la vulneración de la *lex artis*, sino que en ellos se refiere la perforación como una posible, aunque infrecuente, complicación de la ETE.

En este sentido se señala en el informe médico forense “que la perforación esofágica es una de las posibles complicaciones descritas durante la realización de una Ecocardiografía transesofágica; su aparición no implica necesariamente una omisión de las precauciones básicas durante su práctica”. Y en el informe de los doctores iiii y oooo, que “la prueba se realizó en tiempo y forma correcta”.

- Que en el consentimiento informado, firmado por la paciente, relativo a la ecocardiografía transesofágica practicada, consta expresamente entre los posibles riesgos: “Excepcionalmente pudiera presentarse una complicación grave (perforación de esófago)”.

De lo hasta aquí expuesto cabe concluir, con relación al primer aspecto analizado, que no resulta acreditado que se produjera una vulneración de la *lex artis ad hoc*.

B) El segundo de los aspectos, y más controvertido, precisa analizar si el día 2 de julio de 2002 pudo y debió diagnosticarse la mediastinitis por perforación esofágica, causa fundamental del fallecimiento de la paciente, de modo que quepa estimar que en dicha fecha se produjo un error de diagnóstico, determinante del fatal desenlace de la paciente, dada la naturaleza de la dolencia.

Respecto de esta cuestión existen posiciones diferentes. Así, por un lado, se estima que hubo un error de diagnóstico:

- De modo poco claro, en el informe de la Inspección Médica, al señalar: “(...) al ser una complicación que se da y no le es diagnosticada a la paciente, posiblemente porque las manifestaciones clínicas eran poco específicas y no se consideró en su diagnóstico diferencial”. Para posteriormente concluir: “Por todo lo expuesto anteriormente, considero que la demandante puede tener derecho a una reparación económica”.



- Y de modo más claro, en el informe médico forense, en el que, tras señalar: “Que con fecha 03/07/02 fue dada de alta hospitalaria por mejoría clínica, aunque presentaba en el análisis de sangre del día 02/07/02 una leucocitosis con neutrofilia, ausente en el análisis practicado al ingreso, y un dolor retroesternal que se reproducía a la palpación, empeoraba con la deglución y cedía tras tratamiento con medicación antiinflamatoria no esteroidea, interpretado como ‘Dolor torácico mecánico posterior a ecocardiografía transesofágica’ (...)”. Concluye: “Que en la actuación de los médicos que la atendieron hubo además un error diagnóstico al no detectar precozmente la complicación; los signos y síntomas eran parcialmente característicos del proceso; la ‘perforación de esófago’ fue valorada y tratada como ‘dolor torácico mecánico posterior a ecocardiografía transesofágica’ (...)”.

Y, por otro lado, se niega expresamente que hubiese un error de diagnóstico en el informe de los doctores iiii y ooooo, en el que con referencia, precisamente, a lo manifestado en el informe médico forense, señala:

“Reseña que la mediastinitis aguda por perforación esofágica, cursa con escalofríos, fiebre, dolor torácico intenso en región interescapular, dolor y dificultad para la deglución, leucocitosis y desviación izquierda.

»Siendo cierto que la mediastinitis aguda cursa con esos síntomas hay que señalar que la paciente no presentaba ninguno de los síntomas típicos de la enfermedad, ni fiebre elevada, ni odinofagia, ni dolor interescapular, ni cianosis, ni disnea. Los reactantes de fase aguda no estaban elevados. Por lo tanto el diagnóstico consignado al alta, lo tenemos que considerar correcto.

»La perforación esofágica tras la realización de una ETE está descrita en todas las series publicadas. Es una complicación de la técnica, con una incidencia escasa, pero con elevada mortalidad.

»(...).

»No estamos de acuerdo con la 7^a en cuanto al error diagnóstico al detectar la complicación, puesto que no se acompañaba de ninguno de los síntomas clínicos propios de la perforación esofágica, ni de la mediastinitis aguda”.



Ante la manifiesta contradicción de criterios, para este Consejo resulta determinante el sostenido en el informe del profesor rrrrr, remitido como informe de expertos al amparo del artículo 54 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, y en el que, con relación al día 2 de julio de 2002, a la siguiente pregunta formulada: "Si la analítica de la paciente los días 2-7-2002 y 4-7-2002, que revelaban una infección con leucocitosis y desviación izquierda y los otros síntomas descritos en la historia clínica, aconsejaban la práctica de alguna prueba complementaria encaminada a la detección de la perforación esofágica secundaria a la ecografía transesofágica realizada".

Se afirma: "Dada la pluripatología de la paciente, incluida diabetes, no creemos que una cifra de 12.500 leucocitos y 88,3 neutrofilos, que la paciente presenta el día siguiente (2.7.02) de una ecografía transesofágica, sea sospechosa de un proceso infeccioso secundario a la realización de dicha prueba máxime cuando después de dicha exploración la enferma pasa buena noche, tiene buena tolerancia oral, refiere molestias en garganta y esófago propias de la introducción de un objeto por faringe y esófago y el dolor torácico parece similar al sufrido en innumerables anteriores ocasiones".

Y en el que, de forma específica ante la siguiente cuestión: "Si hubo error de diagnóstico por no detectarse precozmente la complicación a la vista de los signos y síntomas parcialmente característicos del proceso de perforación de esófago y ser tratada como dolor torácico mecánico posterior a ecografía transesofágica".

Se contesta que: "No creo adecuado hablar de error diagnóstico por las siguientes razones:

»a.- La excepcionalidad de dicha complicación tras una ecografía transesofágica (no se describe en la bibliografía consultada).

»b.- La sintomatología inicial (primeras 48 horas) expresada por la paciente no fue sugestiva de perforación esofágica.

»c.- Durante 48 horas que permaneció ingresada la paciente no hubo manifestaciones claras de una perforación esofágica que obligaran a realizar exploraciones complementarias".



Criterio que permite concluir que tampoco, con relación al segundo aspecto analizado, ha quedado acreditado que se produjera una vulneración de la *lex artis ad hoc*.

Por último ha de recordarse que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori* y con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Respetada, pues, la *lex artis* en la asistencia prestada a la paciente, el daño sufrido no tiene carácter antijurídico, conforme a todo lo expuesto más arriba, no resultando aquél imputable a la Administración sanitaria en sede de responsabilidad patrimonial.

Esta conclusión, en consecuencia, conduce directamente a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial 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. xxxxx 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.