



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero y  
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

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 27 de diciembre de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx y Dña. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y D. xxxxx3*, 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 8 de noviembre 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 D. xxxxx y Dña. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y D. xxxxx3, debido a la defectuosa asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmm*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 14 de noviembre de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.057/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.



**Primero.-** El 23 de febrero de 2007, D. xxxxx y Dña. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y D. xxxxx3 presentan, en la Subdelegación del Gobierno en xxxxx, una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de Dña. mmmmm a causa de un tumor o cáncer neuroendocrino de páncreas, debido a que no se diagnosticó a tiempo pese a los síntomas que presentaba, señalando que no se trata de un simple error de diagnóstico, sino de ausencia del mismo, considerando además erróneo el diagnóstico de bazo accesorio. Indican asimismo que, de haber realizado todas las pruebas necesarias, se hubiera diagnosticado el cáncer de páncreas desde 1997.

Solicitan una indemnización de 99.305,84 euros para el marido de la fallecida y 8.275,48 euros para cada uno de sus hijos.

**Segundo.-** Dña. mmmmm, nacida en 1932, presentaba antecedentes de taquicardias paroxísticas supraventriculares sin enfermedad cardiaca de base, que habían requerido atención en Cardiología desde hace muchos años. También presentaba antecedentes de trastorno adaptativo con síntomas mixtos, estando en control y tratamiento médico en la Unidad de Salud Mental de xxxxx desde 1991.

Desde 1993 se recogen en la Historia de Salud Mental episodios de disminución del apetito con pérdida de peso, astenia, ardor de estómago frecuente y estreñimiento. Ya en la revisión de 25 de noviembre de 1997 se anota que había adelgazado 10 Kg. por problemas de muelas.

En diciembre de 1997 acude a la Consulta de Digestivo del Hospital hhhhh. El motivo de la consulta es un cuadro de ardor e hipo postprandial, así como tendencia a la constipación que controla con dieta rica en fibra. En el estudio realizado se encuentra analítica normal, salvo leve aumento de transaminasas. En el tránsito baritado de esófago-estómago y duodeno se encuentra ligero reflujo gastro-esofágico. El diagnóstico es de dispepsia no ulcerosa (en ausencia de estudio endoscópico). La elevación de transaminasas se valora estudiarla en próxima revisión. Hemorroides grado II. Pautan tratamiento con dieta hipocalórica rica en fibra, Cidine y Bemolan. Se fija revisión el 7 de enero de 1998.

Es revisada en la consulta de digestivo en enero de 1998, emitiéndose informe el 12 de marzo de 1998, en el que se indica que está tomando Besitran



por cuadro depresivo, no toma Cidine y continúa con digestiones pesadas y tendencia a la constipación. Se realiza estudio analítico normal, salvo leve elevación de transaminasas. Los estudios de ANA, serología de hepatitis y mononucleosis son negativos. La serología de citomegalovirus es de IgG 163 u/ml. En la endoscopia oral había hernia hiatal no complicada, sin otros datos. En la ecografía abdominal, hígado sugerente de esteatosis. En el hipocondrio izdo. hay imagen compatible con bazo accesorio. Se solicita TAC. Los diagnósticos son: Hernia hiatal axial actualmente no complicada. Leve elevación de transaminasas, bien por esteatosis o por Besitran. Estreñimiento crónico. Hemorroides grado II. Ewentración postquirúrgica. Pautan medidas higiénicas para prevenir reflujo, Cidine, Emportal y Bemolan. Citan para revisión el 6 de mayo.

En mayo de 1998 es revisada en la Consulta de Digestivo, emitiéndose informe el 26 de mayo en el que se refiere ausencia de patología digestiva y deposición normal con dieta rica en fibra. En la analítica tiene GOT 54 GPT 98, resto normal. Estudio de Alfa 1 antitripsina, ANA, Ac antimitocondriales y antimúsculo liso, negativos. El TAC es normal, salvo imagen compatible con bazo accesorio. Se pauta igual tratamiento, evitando epatotóxicos y control por médico de cabecera.

Continúa con las revisiones en la Unidad de Salud Mental.

El 4 de junio de 1998 se anota que le han bajado la dosis de medicación por aumento de transaminasas. Por ello bajan levemente el Besitran. En revisiones de 9 de agosto y 15 de diciembre de 1998, 24 de abril y 28 de septiembre de 1999 y 27 de julio de 2000 se anota que se encuentra bien. No acude a las revisiones de 20 de febrero y 20 de julio de 2001.

El 21 de junio de 2001 ingresa en el Servicio de Medicina interna del Hospital hhhhh, por episodios diarreicos alternados con estreñimiento y pérdida de 6 Kg. de peso, señalándose antecedentes de taquicardia supraventricular paroxística controlada con Trangorex, síndrome ansioso en tratamiento y hernia hiatal. En la exploración el único dato destacable es adenopatías cervicales de menos de un centímetro que tiene desde hace 30 años. Los estudios analíticos son normales, incluyendo las transaminasas.

En la endoscopia digestiva alta presenta moderada hernia hiatal, con esófago y duodeno normales. En la ecografía abdominal es todo normal,



encontrando a nivel de hilio esplénico imagen ya conocida de bazo accesorio y a estudiada, Colonoscopia normal. Durante el ingreso las deposiciones son normales con tendencia al estreñimiento. Los diagnósticos son: Pequeña hernia hiatal, bazo accesorio, taquicardia supraventricular en tratamiento, síndrome ansioso. Es dada de alta el 01 de julio de 2001, pautando tratamiento con Besitran, Orfidal y Trangorex. Es citada para revisión el 26 de noviembre de 2001, no constando que acudiera a esa consulta.

Continúa acudiendo a las revisiones en la Unidad de Salud Mental a partir del 12 de enero de 2001. El resultado de la analítica de 9 de agosto de 2002 pauta resultados normales de transaminasas. El 23 de septiembre de 2002 acude por encontrarse mal, refiriendo que los nervios se le fijan en el estomago, presenta falta de apetito, por lo que aumentn Besitran. El 3 de diciembre de 2002 está algo mejor, más tranquila y animada. Suben Orfidal.

El 27 de diciembre de 2002 es vista en la Consulta de Endocrinología, remitida por Psiquiatría, para estudio de TSH elevada (con valor de 86 UI/C), detectada en analítica pedida por USM.

También tiene interconsulta solicitada por Psiquiatría a Medicina Interna. En la anamnesis se recogen todos los antecedentes. Refiere haber perdido 11 Kg. de peso en el último año, asociado a problemas dentarios. Como sintomatología de disfunción tiroidea refiere únicamente estreñimiento. En la exploración pesa 59,1 Kg., para una talla de 142,5 cm., TA 135/70. No tiene bocio ni otra alteración. La analítica es normal, con las determinaciones de transaminasas dentro de la normalidad. Las hormonas tiroideas son de Tiroxina libre 1,17 mg/dl, TSH 5,86 mu/l, anticuerpos anti TPO negativos. La ecografía tiroidea fue normal.

El diagnóstico, indicado en informe emitido el 27 de febrero de 2003, es de mínima elevación de TSH con hormonas tiroideas periféricas normales en paciente sin bocio, con anticuerpos tiroideos normales y ecografía tiroidea normal. Se aconseja reevaluar la función tiroidea a los 2-3 meses y en caso de elevación de TSH por encima de 10, añadir Levothroid 50, 1 com/día.

Al mismo tiempo -en enero de 2003- es vista en la Consulta de Digestivo por molestias digestivas. Se realiza estudio radiológico de esófago, estómago, duodeno e intestino delgado, que da resultado normal.



El 5 de febrero de 2003 el Dr. ddddd emite informe en su consulta privada indicando que presenta antecedentes de múltiples episodios de taquicardia supraventricular paroxística, habiendo estado tratada con Verapamil, Digoxina y Trángorex desde hace ocho años sin interrupción. Desde hace un año, astenia y pérdida de peso. En analítica le detectaron disfunción tiroideal. El diagnóstico es: Disfunción tiroidea presumiblemente por amiodarona. Descartar fibrosis pulmonar por amiodarona.

El 28 de febrero de 2003 es vista en Consulta de Cardiología enviándose a Consulta de Medicina Interna para valorar pérdida de peso e hiporexia en los últimos seis meses.

Vista en consulta de Medicina Interna el 4 de abril de 2003, se recoge en la anamnesis el dato de pérdida de 10 Kg de peso en los últimos dos años, que la paciente atribuía a cambios en la dentadura. Solicita analítica y ecografía abdominal. La ecografía abdominal se realiza el 2 de junio de 2003 y es informada como: hígado, vesícula y vías biliares sin alteraciones. Hay masa de 7cm, heterogénea, próxima al hileo esplénico. Dicha masa se aprecia en estudios ecográficos anteriores, habiendo crecido de forma importante. Es compatible con masa suprarrenal (neoplasia primaria o secundaria). Recomiendan valorar historia previa y TAC. La analítica es normal, salvo marcador Ca 125 de 220 (muy aumentado). Ante estos datos se indica ingreso en Medicina Interna para estudio.

El 9 de junio de 2003 es ingresada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhhh. Se confirma en la ecografía la existencia de masa de 7 cm próxima al hileo esplénico y en el TAC abdominal se aprecia una masa sólida de 6 cm situada en cola pancreática, esplenomegalia con lesión focal hiperdensa de 5 cm y varias lesiones focales en hígado. En la gastroscopia se encuentran varices en fundus y curvatura mayor gástrica con una erosión. Se realiza PAFF hepático: tipología sospechosa de malignidad, sugerente de neoplasia de origen endocrino. El diagnóstico es: lesión radiológica pancreática compatible con neoplasia de origen neuroendocrino. Lesión esplénica compatible radiológicamente con infarto. Posibles varices gástricas.

La paciente decide solicitar una segunda opinión en otro hospital, por lo que se le da el alta el 20 de junio de 2003. La doctora que le atiende considera



necesarias más pruebas complementarias para llegar a la correcta filiación del tumor neuroendocrino.

El 9 de julio de 2003 la paciente ingresa en el Servicio de Digestivo de la Clínica hhhhh1 de xxxxx. El diagnóstico final es de carcinoma neuroendocrino pancreático con metástasis hepáticas y peritoneales, adenopatías en tronco celiaco. Infiltración gástrica, esplénica y suprarrenal izquierda, múltiples varices en fundus y cuerpo gástricos. La familia solicita el alta el 15 de julio de 2003

El día 25 de julio ingresa en el Servicio de Oncología del Hospital hhhhh2 por síndrome ansioso reactivo. Presenta sensación de pesadez gástrica y alteración del ritmo intestinal con estreñimiento y tenesmo rectal. Se había realizado analítica el 18 de julio, iniciando tratamiento ante la sospecha clínica de gastrinoma. Es dada de alta el 30 de julio, quedando pendiente de resultados analíticos. El diagnóstico es: Neoformación pancreática con afectación hepática y peritoneal, sugestiva de carcinoma neuroendocrino (gastrinoma), taquicardia paroxística, hernia de hiato, síndrome ansioso generalizado, artrosis generalizada.

El 17 de agosto de 2003 ingresa de urgencia en la Unidad de Oncología del Hospital hhhhh por cuadro de astenia, anorexia, epigastralgia moderada, vómitos y ansiedad reactiva con sensación de desatención. Estaba citada en la Unidad, para tratamiento, el 18 de agosto.

Se inicia tratamiento con Quimioterapia paliativa. Es dada de alta el 20 de agosto de 2003, citándola para continuar tratamiento en el Hospital de Día. El diagnóstico es Gastrinoma de origen pancreático con Mts hepáticas y probablemente peritoneales.

El día 25 de agosto ingresa en la Unidad de Oncología, de urgencias, por vómitos y molestias abdominales. El diagnóstico es: cuadro suboclusivo, que se resuelve con tratamiento médico, siendo dada de alta el 3 de septiembre y citada para ciclo de quimioterapia el 9 de septiembre.

El 6 de septiembre de 2003 reingresa de urgencia en la Unidad de Oncología del Hospital hhhhh por fiebre alta y vómitos. Es diagnosticada de Pielonefritis aguada por Echerichia Coli, siendo tratada con antibioterapia y



resolviéndose la infección. Es dada de alta el día 12 de septiembre y citada para ciclo de quimioterapia el 16 de septiembre.

Continúa el tratamiento con ciclos de quimioterapia hasta el 18 de diciembre de 2003, fecha en la que se suspende por el precario estado funcional de la paciente y el escaso beneficio conseguido.

Revisada en Oncología el 13 de enero de 2004, se encuentra algo mejor, sin dolor y habiendo recuperado en parte el apetito. Dada la extensión de su enfermedad y la falta de evidencia científica sobre beneficios del nuevo tratamiento con quimioterapia, los facultativos de Oncología deciden hacer sólo tratamiento sintomático. La familia desea agotar otras posibilidades terapéuticas, solicitando informe para acudir a otro centro el 3 de febrero.

La paciente fallece el día 29 de febrero de 2004.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

- Historia Clínica.
- Informe del Servicio de Digestivo.
- Informe del Servicio de Endocrinología, de 12 de mayo de 2005.
- Informe de la Inspección Médica, de 10 de octubre de 2005.

**Cuarto.-** Concluida la instrucción del expediente se concede trámite de audiencia a la parte interesada, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, lo que se notifica a los reclamantes con fecha 16 de diciembre de 2005, sin que conste en el expediente la presentación de alegaciones.

**Quinto.-** Con fecha 26 de septiembre de 2007, la Dirección General de Desarrollo Sanitario emite informe-propuesta de resolución de carácter desestimatorio.



El 11 de octubre de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

**Sexto.-** El 17 de octubre de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden citada, 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, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración 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.





**3ª.-** Concurren en los interesados 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 referida 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible, ni a la ciencia ni a la Administración, garantizar en todo caso la sanidad o la salud del paciente.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por D. xxxxx y Dña. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y D. xxxxx3, debido a la defectuosa asistencia sanitaria prestada a Dña. mmmmm, al no diagnosticarse a tiempo el cáncer de páncreas que padecía, pese a los síntomas que presentaba.

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, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

**6ª.-** En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación.

Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera que, al igual que en otros supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, es de especial importancia la aplicación de la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la



Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3.657/2002 y 3.623/2003). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

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

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

No cabe considerar que se haya producido una inexistencia o retraso en el diagnóstico; en este sentido, el informe de Inspección Médica de 10 de octubre de 2005, realiza una descripción detallada relativa al procedimiento asistencial y concluye que no se ha producido retraso, error, o inexistencia de diagnóstico, no vulnerándose la *lex artis*. Concretamente señala:



«El diagnóstico de la paciente fue un tumor neuroendocrino pancreático maligno productor de gastrina (gastrinoma). Este tumor produce un cuadro conocido como síndrome de Zollinger-Ellison, caracterizado por tumor pancreático, úlceras digestivas múltiples y diarrea.

»Los gastrinomas son tumores muy raros (con incidencia 1 caso/millón y año). Sus manifestaciones clínicas son producidas por la excesiva secreción de gastrina, que produce una elevación de la producción de ácido por el estómago y la aparición de úlceras pépticas en el mismo, en el duodeno e incluso en partes más bajas del intestino delgado.

»Otro síntoma prominente es la diarrea producida por la alta secreción de ácidos que excede la capacidad de neutralización de las secreciones de bicarbonato pancreático, así como por los efectos directos de los niveles altos de gastrina sobre el intestino delgado.

»Los tumores neuroendocrinos no tienen ninguna relación con otros tumores pancreáticos y no afectan a la producción de secreciones digestivas por el páncreas.

»En un 24% de los casos cuando se hace el diagnóstico de gastrinoma existen metástasis, siendo las hepáticas las más frecuentes.

»Los síntomas iniciales descritos como más frecuentes en el gastrinoma son: Dolor abdominal y diarrea (75% de los casos), menos frecuentes son la acidez de estómago (en el 44%) y pérdida de peso (en el 17%). En un 25% el síntoma inicial puede ser hemorragia gastrointestinal.

»El hallazgo de pliegues gástricos engrosados es frecuente en la endoscopia (el 94%). El tratamiento con medicación antisecretoria durante el estudio no cambia los hallazgos de síntomas ni altera el diagnóstico.

»El diagnóstico se confirma por la determinación de niveles de gastrina en ayunas que están elevados.

»La paciente, durante los estudios realizados en el Hospital hhhhh en 1997, 1998 y 2001 no presentó ninguno de los síntomas característicos del gastrinoma. No tenía diarrea, sino refería estreñimiento habitual, no presentó



dolor abdominal y en los estudios tracto digestivo alto, que fueron repetidamente realizados no tenía ni engrosamiento de los pliegues gástricos, ni úlceras en estómago, duodeno ni otras partes de intestino delgado. En el estudio digestivo realizado a principios del 2003 no se encontró ninguna alteración. Además, tampoco existía en el estudio de Enero de 1998 la imagen de tumor de cola pancreática (gastrinoma) que no se presentó hasta el estudio realizado en junio del año 2003.

»Por otra parte las transaminasas, que tanto mencionan los reclamantes, se normalizaron a partir del año 2001 y siguieron estando en valores normales, incluso en el momento del diagnóstico del tumor.

»La imagen ecográfica encontrada en hipocondrio izdo. en 1998 y 2001, cuyo estudio se completó con un TAC no puede ser confundida con el tumor de cola pancreática, ya que aunque localizada en la misma zona, la imagen del TAC es completamente diferente. En 1998 se valoró como bazo accesorio, y no se encontró nada anormal en el páncreas, mientras en el TAC de Junio de 2003 y el posterior de Julio del 2003 la imagen era claramente de un tumor en cola pancreática que infiltraba bazo y zonas próximas.

»Por tanto no puede hablarse de errores diagnósticos, ni falta de diligencia ni falta de realización de los estudios necesarios por parte de los médicos del Hospital hhhhh.

»A la paciente se le valoró adecuadamente en cada consulta de acuerdo con los síntomas referidos. Por otra parte, la patología psiquiátrica pudo ser responsable de parte de la clínica manifestada por la paciente”.

Las consideraciones realizadas en relación con la no existencia de retraso de diagnóstico -frente a las alegaciones vertidas por los reclamantes, relativas a los síntomas que debían haber concluido en otro diagnóstico-, además de lo ya señalado en el informe de inspección, también se ven corroboradas:

- En el informe del Servicio de Digestivo se señala que, respecto a las pruebas realizadas en los años 1997 y 1998, la discreta elevación de las transaminasas se explicaba como efecto de su esteatosis hepática o secundaria a su medicación, excluyendo las pruebas realizadas otras posibles causas, indicando que la determinación de transaminasas fue normal con fecha 5 de



mayo de 2003. Respecto al diagnóstico relativo a bazo accesorio, al que se llega tras ecografía y TAC abdominal, señala que en el control ecográfico realizado en 2001 sigue informando de bazo accesorio, que sigue teniendo un tamaño de 2,5 cms, similar al descrito con fecha de 8 de enero de 1998 (una lesión maligna debería en este tiempo haber modificado su tamaño).

- Por otro lado, el informe realizado el 12 de mayo de 2005 por el Servicio de Endocrinología, señala asimismo, en relación con su intervención (27 de diciembre 2002 a 27 de febrero de 2003) que la paciente "En dicha fecha, clínicamente refería estreñimiento. No había tenido antecedente de úlcera péptica y las transaminasas eran rigurosamente normales (...). Respecto a la pérdida de peso que presentaba Dña. mmmmm, se asociaba a trastornos dentarios que dificultaban su alimentación, según anamnesis recogida, referida por ella misma, que además se reitera en historia médica realizada posteriormente en su ingreso en Medicina Interna". Refiriéndose al tumor neuroendocrino pancreático diagnosticado, esto es, un gastrinoma que ocasionó su fallecimiento, expone que no presentaba en la fecha de consulta ningún síntoma clínico, ni analítica hormonal que lo sugiriese.

En el caso que nos ocupa, no hay prueba suficiente para considerar que hubo una mínima desatención que pudiera devenir en responsabilidad por el resultado o por la pérdida de oportunidades asistenciales. Los informes de la Inspección Médica y de los diferentes doctores, no permiten sustentar que la paciente fuera atendida de forma incorrecta, o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*.

En resumen, no hay base documental para considerar acreditada una infracción de la *lex artis*, precisamente porque no hay prueba de ello, es decir, porque no hay prueba de que desde el punto de vista médico se incurriera en un error o retraso de diagnóstico por negligencia o falta de medios; por lo que no puede imputarse a la Administración Sanitaria responsabilidad patrimonial.

**7ª.-** Sin perjuicio de lo anterior y constando que la parte reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

### **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 D. xxxxx y Dña. xxxxx1, Dña. xxxxx2 y D. xxxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a Dña. mmmmm.

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