



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, 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 17 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. 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 26 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 D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 29 de marzo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 297/2007, 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.- El 5 de enero de 2004, D. xxxxx presenta en el registro general de la Gerencia de Atención Primaria hhhhh una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital hhhhh, por estimar que ésta fue "inadecuada", considerando que "por falta de cuidados y no control de la agitación mental que presentaba se luxa la prótesis de cadera derecha", "sin que hasta el 20 de noviembre de 2002, tres meses después de mi ingreso, se decida la



intervención quirúrgica” y que “por no tener el control evolutivo adecuado del postoperatorio de la cadera izquierda (...) no se realizó ningún tratamiento para evitar la progresión de la misma y el resto de daños (...)”.

Daños respecto de los que ha señalado:

“A resultas de la asistencia recibida se me han producido los siguientes daños:

- »• Anquilosis de la cadera izquierda.
- »• Rodilla izquierda en flexo por espasticidad de los tendones isquiotibiales.
- »• Lesión del nervio ciático poplíteo externo izquierdo.
- »• Pie izquierdo en equino.
- »• Prótesis de cadera derecha luxada y rotada.

»Como consecuencia de lo anterior debo permanecer encamado, sin posibilidad de deambular y con necesidad de ayuda permanente para los actos más esenciales de la vida por lo que se me ha calificado como gran inválido con fecha 25 de Septiembre de 2003 por la Junta Médico Pericial Ordinaria de xxxx (Hospital ddddd)”.

Solicita 180.000 euros, considerando que:

“(...) lo procedente es que la SACyL se haga cargo de todos los daños que se me han ocasionado y que se concreta en la siguiente cantidad 130.000 €.

»A dichos gastos debe sumarse una cantidad, valorada prudentemente en 50.000 € en que se valoran los daños morales que se me han ocasionado a resultas de esta situación”.

Acompaña a la reclamación el informe de alta, de 20 de marzo de 2003, del Dr. ddddd del Hospital hhhhh y el reseñado informe pericial, de 26 de noviembre de 2003, de la Junta Médico Pericial de ddddd.



Segundo.- En el expediente constan, además de la historia clínica del reclamante, los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe de 28 de junio de 2005 del Dr. ddddd, del Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh.

- Informe de 4 de agosto de 2005 de la Inspección Médica, emitido por Dña. ccccc.

- Informe de 25 de septiembre de 2005 emitido por los Dres. ggggg, ppppp, qqqqq y ttttt a solicitud de la compañía aseguradora sssss, S.A.

Tercero.- La Inspección Médica, en el informe emitido al objeto de abordar el análisis de la asistencia sanitaria a D. xxxxx, de 32 años de edad, realiza inicialmente el siguiente resumen de los hechos:

“D. xxxxx sufrió accidente de tráfico el 06/06/02 siendo trasladado al Hospital de xxxx (xxxx), desde donde tras confirmar sus lesiones cerebrales fue derivado al Complejo Hospitalario xxxx de xxxx, ingresando en el Servicio de Neurocirugía de ese centro.

»Según informe de dicho Servicio de Neurocirugía de Junio/02 se constatan los siguientes diagnósticos:

»Traumatismo craneoencefálico cerrado; hemorragia subaracnoidea; contusiones cerebrales múltiples; hematoma orbitario izquierdo; traumatismo facial; fractura frontal y techo orbitario derecho; fractura hundimiento frontal; contusión pulmonar izquierda; fractura de escápula izquierda; fractura luxación de cadera; luxación de prótesis de cadera derecha; fractura de pelvis derecha.

»Como antecedentes médicos a destacar previos al accidente de 06/06/02 señalar que el paciente era portador de prótesis en cadera derecha a consecuencia de otro accidente de tráfico en 1992, debiendo utilizar también un alza de 2 cm (aproximadamente) por dismetría. En 1996 tras caída se deterioró el polietileno de la prótesis y fue intervenido tras sufrir varios episodios de luxación con ocasión de movimiento o actividad en rotación interna. Se le realizó nueva intervención quirúrgica por este motivo en Enero/02 en xxxx.



»En el Complejo Hospitalario xxxx de xxxx se realizó esquirlectomía y reparación del hundimiento frontal y de herida inciso-contusa en labio superior con carácter de urgencia y bajo anestesia general por el Servicio de Cirugía Plástica.

»Ingresó posteriormente en el Servicio de Medicina Intensiva donde se le colocó monitor de PIC (presión intracraneal). Inicialmente presentó valores dentro de la normalidad precisando posteriormente coma barbitúrico por una elevación mantenida de la PIC. Finalmente se le colocó un drenaje ventricular por presión intracraneal refractaria a tratamiento médico. Tras retirar la sedación se objetiva existencia de hemiparesia derecha.

»Durante el ingreso presenta infección por *Stafilococcus Aureus* meticilin resistente, por lo que es tratado con Vancomicina y aislamiento respiratorio.

»Según consta en informe de 22/06/02 del Servicio de Neurocirugía en esa fecha el paciente se encontraba estable hemodinámicamente, despierto, aunque no respondía a estímulos verbales, respiración espontánea a través de cánula de traqueostomía y alimentación enteral. Se procede en esa fecha al traslado del paciente, una vez estabilizado su cuadro neuroquirúrgico, al Servicio de Traumatología para tratamiento de sus fracturas asociadas.

»De urgencia se le realizó por Traumatología reducción de la luxación de ambas caderas. Durante su estancia en UCI la cadera izquierda se vuelve a luxar. El 22/06/02 se le realiza reducción abierta de dicha cadera con tenotomía de aductores. Reducción y osteosíntesis de la fractura del acetábulo con placa de 12 orificios.

»El 28/07/02 se produce una nueva luxación de la cadera izquierda. El 07/08/02 se realiza reducción abierta con fijador externo monotubo.

»Permaneció encamado debido a las lesiones referidas presentando escara en sacro seguida por el Servicio de Cirugía Plástica y paresia del nervio ciático poplíteo externo colocándole órtesis antiequina. El paciente se encontraba aislado por presentar un cultivo de esputo positivo por *Stafilococcus Aureus* meticilin resistente.



»Se traslada el 12/08/02 desde el Complejo Hospitalario xxxx de xxxx al Hospital hhhhh de xxxx, recomendándose para su traslado sujeción mecánica y cuidados de enfermería.

»En el informe de alta por traslado del Servicio de Traumatología del Hospital de xxxx constan los siguientes diagnósticos en relación a D. xxxxx:

»Traumatismo craneoencefálico; hemorragia subaracnoidea; múltiples focos de contusión cerebral bilateral; hematoma subdural izquierdo; traumatismo facial: fractura hundimiento de frontal derecho con afectación de órbita derecha (reparado quirúrgicamente); probable contusión pulmonar en lóbulo superior izquierdo; fractura de escápula izquierda; fractura luxación de cadera izquierda (fractura de la columna posterior del acetábulo); luxación de prótesis de cadera derecha; fractura de ramas de pelvis derecha.

»El 13/08/02 ingresa en la planta de Traumatología del Hospital hhhhh. Al ingreso (según hoja de enfermería) presentaba fiebre (39,5 °C), respiración espontánea. No respondía a orden verbal, déficit neurológico, parece que entiende pero no habla. Movimientos bruscos. Dice la familia que hay que mantenerle atado porque arranca con todo. Puesta sujeción torácica (cinto de contención). Dejan puestas muñequeras y las atará la familia si se precisa. Tiene sonda vesical y pañal por incontinencia. Porta fijador externo en cadera izquierda y antecedentes de intervención quirúrgica de cadera derecha (prótesis). Apósito en zona lumbar por escara. Cura de herida quirúrgica de cadera izquierda y fijador externo. No duerme por la noche, se arranca las vías.

»Al día siguiente se encuentra agitado, intranquilo. Se le coloca sujeción mecánica indicada por Psiquiatría, así como mantener despierto al paciente durante el día. Se le realizan curas diarias de la escara del sacro y de la herida quirúrgica de cadera izquierda y fijador así como de herida de traqueotomía. Se coloca colchón antiescaras y muñequeras magnéticas. Se toma exudado de fijador externo que presenta drenaje y se detecta herida en cara externa de muslo con borde eritematoso.

»Solicitada valoración por Neurología (14/08/02) que recomienda que le levante a sillón cuando se pueda por su problema de cadera y que esté despierto de día. Solicitan analítica y TAC de control.

»Se recibe informe del Hospital de xxxx en el que consta que resultó un cultivo de esputo positivo a *Stafilococcus Aureus* meticilin resistente.



Se consulta con Medicina Preventiva que indica medidas de aislamiento respiratorio. El paciente seguía tratamiento con Vancomicina por este motivo. Se le toma exudado nasal el 19/08/02 que da resultado (+) para *Stafilococcus Aureus*.

»Valorado por Psiquiatría se le diagnostica trastorno orgánico cerebral grave secundario a secuelas postraumatismo craneoencefálico, señalando en su informe que el paciente se encuentra somnoliento, hiporreactivo, desorientado totalmente en el tiempo, parcialmente en el espacio, responde mal a preguntas simples, usando monosílabos. Presenta alteración grave del funcionamiento mental (funciones superiores). En ese momento no presenta alteraciones psicomotrices pero protagoniza por las noches estados de agitación con conducta violenta y desorganizada (sigue tratamiento entre otros con sinogan, nootropil, orfidal).

»Se solicita a UCI colocación de vía central, ya que se arranca las vías periféricas y precisa tratamiento intravenoso. Se le coloca vía central en subclavia derecha.

»El 15/08/02 se intenta en quirófano reducción cerrada de cadera derecha luxada (protésica) resultando imposible. Se programa para intervención quirúrgica, solicitándose previamente dos unidades de concentrados de hematíes por presentar anemia (Hemoglobina 8 gr/dl.). Se continúa con las curas del sacro y de cadera izquierda y se colocan protecciones en ambos talones.

»El 16/08/02 se avisa al médico por presentar el paciente febrícula antes de iniciarse la transfusión prevista. Se suspendió por ese motivo la transfusión y se le puso tratamiento antitérmico. Tenía ya pautado tratamiento antibiótico, Vancomicina y Nolotil por infección por *Stafilococcus Aureus* meticilin resistente. Se le pide sistemático y sedimento de orina y hemocultivos. En la radiografía realizada no parece que hubiera condensaciones. Se decide transfundir e intervención quirúrgica si no presenta fiebre.

»Los días siguientes se encuentra a veces agitado y a veces tranquilo. Fue valorado por Psiquiatría que prescribe tratamiento.

»Se solicitó valoración por Hematología (19/08/02) en relación a la transfusión pendiente de realizar al paciente al presentar fiebre.



Recomiendan tratamiento antitérmico y luego realizar la transfusión. Presenta en la analítica: Hb 7,1 gr/dl, Hto 21,5. el 21/08/02 se transfunden dos concentrados de hematíes.

»Se solicitó consulta a Medicina Interna por continuar el paciente con episodios de fiebre. Resultado de Urocultivo fue positivo para Candida Albicans. Surgieron tratamiento con Fluconazol. Ya estaba en tratamiento antibiótico con Vancomicina y bactroban pomada nasal.

»Se le coloca (20/08/02) férula antiequino por la lesión del nervio ciático. Tuvo consulta en el Servicio de Rehabilitación el 22/08/02.

»Valorado por el Servicio de Dietética (23/08/02) solicitan analítica nutricional (Proteínas totales 4,8), mantienen la dieta que seguía e indican suplemento de proteínas.

»El 24/08/02 retiran cinta de sujeción torácica porque ya no lo precisa, sigue con muñequeras. En días siguientes parece que duerme mejor y está más tranquilo. El 26/08/02 se le indica tratamiento con Voltaren colirio por ojo rojo izquierdo.

»Se realiza intervención quirúrgica el 29/08/02: reducción abierta más tracción esquelética. La prótesis estaba luxada en posición posterosuperior, gran retracción de partes blandas que obliga a realizar una tenotomía parcial de psoas. Se realizó toma para cultivo. Se redujo la cadera, se hizo tenotomía en `Z` de los flexores de la cadera y tracción transtibial (7 kg).

»En el documento de consentimiento informado de anestesia general de fecha 29/08/02 constan como riesgo personal, mal estado general, hipoproteinemia, infección respiratoria y urinaria, lesiones neurológicas. Se continúa con las curas de la escara del sacro y se realizan curas de la tracción transtibial. El sacro evolucionaba bien.

»A principios de septiembre de 2002 presenta fiebre (el 02/09/02 39,4 °C). Se hacen hemocultivos y se solicita radiografía de pelvis de control.

»Valorado por Medicina Interna el 03/09/02 por fiebre, que al parecer no presenta clínica respiratoria, no refiere dolor, auscultación rítmica 110 l/min. Solicitan radiografía de tórax, hemograma, bioquímica y sistemático y sedimento de orina. La radiografía no mostró condensaciones. Hb 9,9 gr/dl.



Se le diagnosticó fiebre sin foco claro, sin leucocitosis (6000 leucocitos). Señalan que la fiebre podría no ser infecciosa. Aconseja descartar foco en relación a sus intervenciones quirúrgicas y ver la evolución.

»El 07/09/02 se le incrementa la dieta, ya que la familia refiere que se queda con hambre. El 08/09/02 señala la familia que le nota el cuello más hinchado y que se le ha abierto algo el orificio de la traqueotomía. Se encuentra afebril y el resultado de los hemocultivos es negativo según consta en hoja de evolución de la Historia Clínica. El 10/09/02 el Servicio de Medicina Preventiva le toma nuevo exudado de la nariz para cultivo.

»El 11/09/02 se retiran puntos de herida quirúrgica de cadera derecha. Se retira el fijador externo de cadera izquierda. Se mantienen los clavos que se prevén retirar tras control radiológico. Finalmente se retiran los tornillos, ya que los proximales de las pelvis están sueltos. Se suspende la Vandomicina. Resultados de la radiografía de pelvis: cadera reducida, calcificaciones.

»El 12/09/02 afebril, se mueve mucho. El 13/09/02 se le retira la vía central. Se envía para cultivo la punta del catéter. El 16/09/02 se le quitan tres kilogramos de peso de la tracción y el resto el 18/09/02, dejan el estribo por si lo precisa.

»El 18/09/02 se le realiza TAC craneal. Fue valorado por el Servicio de Neurología presentando evolución neurológica discretamente favorable, se encuentra consciente, lenguaje poco inteligible, tetraparesia simétrica, atrofas generalizadas por desuso. En el TAC craneal se aprecian ventriculomegalia, mayor en el lado izquierdo. Áreas contusivas crónicas bifrontales, más llamativa en lado derecho secundaria a contusión de parénquima cerebral. Hematoma subdural izquierdo en evolución. Línea media centrada. La impresión diagnóstica es que presenta secuelas neurológicas severas (mentales y físicas) secundarias a TCE. Indican tratamiento sintomático y rehabilitación.

»El mismo día (18/09/02) fue valorado por el Servicio de Dietética que indica mantener los suplementos proteicos. Se había iniciado este suplemento en dieta desde 23/08/02 mejorando la analítica nutricional (el 16/08/02: proteínas totales 4,8; el 26/08/02: proteínas totales 6,2, albúmina 2,69, transferrina 142; y el 16/09/02: proteínas totales 6,6, albúmina 2,91, transferrina 180. La escara sacra evoluciona bien. Valorado por Rehabilitación



se le indicó iniciar tratamiento fisioterápico, movilización de extremidades (a realizarse en la planta donde estaba ingresado).

»Se solicitó consulta con ORL (19/09/02) para revisión de herida de traqueotomía. Se había producido cierre por segunda intención. Cuando fue valorado por ORL presentaba mínima apertura tras esfuerzos. Se cauteriza con nitrato de plata y coloca steri-strip localmente y apósito encima. Se indica realizar curas locales y que si no cierra en un mes se vuelva a avisar a ORL para cierre quirúrgico. Se realiza cultivo de la escara (19/09/02). El talón izquierdo evoluciona muy bien. Presenta algo de fiebre y come poco.

»El 21/09/02 presenta cadera derecha en aducción y dolorosa. Se le realizan 2 placas de rayos X, en una parece luxada y en la otra reducida. Se le coloca de nuevo la tracción. El 22/09/02 se le traslada al quirófano para intentar reducción de luxación de prótesis de cadera derecha. No se consigue la reducción. Se decide que cuando se pueda se realizará intervención quirúrgica para sustitución de prótesis.

»El 23/09/02 febril (38,1 °C). El 26/09/02 se le cambia la sonda vesical por obstrucción. Se recibe el resultado del cultivo de la escara que es positivo para Pseudomona Aeruginosa. El cultivo del catéter que se había utilizado para la vía central era negativo (19/09/02).

»El 26/09/02 presenta molestias en ojo izquierdo. Fue valorado al día siguiente por el Servicio de Oftalmología que diagnostica conjuntivitis de ojo izquierdo y pone tratamiento.

»El 30/09/02 se retira la tracción para poder curar mejor la escara sacra.

»El 01/10/02 y días siguientes presenta fiebre o febrícula. En hemocultivo aparece Stafilococcus coagulasa negativo. Se hace antibiograma para tratamiento antibiótico previo a cirugía. Se recoge nueva muestra para cultivo de la escara sacra el 11/10/02. El 16/10/02 se levanta al sillón. Se hace analítica y hemocultivos el 17/10/02, presenta fiebre.

»El 18/10/02 se le realizó transfusión (previa a la misma tenía Hb 8,3 gr/dl, Hto 25,5). El 19/10/02 se arrancó la vía. El resultado de la analítica postransfusional es el siguiente: Hb 9,7 gr/dl, Hto 30. La escara sacra va algo mejor. Se cambió la vía por presentar flebitis.



»El 23/10/02 tiene fiebre vespertina. Valorado el día siguiente por Medicina Interna, el paciente presenta fiebre recurrente. Los hemocultivos son negativos. Dos cultivos de Pseudomona Aeruginosa sensible a ciprofloxacino (el último el 14/10/02). Sigue tratamiento intravenoso con ciprofloxacino desde hace seis días. A la exploración no observan signos de exantema, artritis o TVP, la auscultación pulmonar es normal, la auscultación cardíaca 100 l/m y la exploración abdominal es normal. La escara del sacro presenta aspecto limpio y está disminuyendo en los últimos días. Por la analítica se diagnostica anemia microcítica e hipocrómica. Como impresión diagnóstica consta fiebre nosocomial y escara del sacro contaminada por Pseudomona Aeruginosa. Se retira el ciprofloxacino y se solicitan hemocultivos, analítica, serología, radiografía de tórax, control de la temperatura cada 6 horas ecografía de abdomen. La ecografía se realiza el 25/10/02.

»El 26/10/02 se retiran las gotas oftálmicas ya que ha desaparecido la conjuntivitis. Ha estado levantado, los días siguientes vuelve a presentar en ocasiones fiebre y en otras afebril.

»El 05/11/02 hemocultivo había sido negativo, llevando aproximadamente una semana sin fiebre. La escara sigue contaminada con Pseudomona en el último cultivo. Se vuelve a tomar otra muestra ese día. Se solicita consulta a Rehabilitación para movilización de articulaciones.

»Valorado de nuevo por rehabilitación el 05/11/02, se realiza tratamiento para movilización de las articulaciones de las rodillas, trabajando la extensión. Se interrumpió este tratamiento el 20/11/02 por intervención quirúrgica de cadera derecha.

»El 12/11/02 la escara sigue teniendo Pseudomona Aeruginosa. Si no tiene fiebre se prevé realizar intervención quirúrgica en unos días. El 20/11/02 se realiza la intervención quirúrgica: recambio de prótesis total de cadera derecha. Se toma cultivo del líquido sinovial y se dejan dos drenajes. El resultado del cultivo del líquido sinovial fue negativo.

»En la hoja de consentimiento informado de fecha 20/11/02 para anestesia general consta lo siguiente: paciente en muy mal estado, desnutrido, anémico, hipodérmico, parálisis cerebral secundaria a TCE, cirugía agresiva, riesgo de complicaciones perioperatoria y/o muerte más alto.



»En los días siguientes se realizan curas de la herida quirúrgica además de las que ya se venían haciendo de la escara sacra. (Resultado de analítica: Hb 9,2 gr/dl; Hto 27,1). Se realiza radiografía de control de cadera y pelvis.

»El 28/11/02 drena serohemático, la vía central presenta signos flogóticos por lo que se retira. El 29/11/02 se indica de nuevo fisioterapia para desentumecerlo desde que le retiren la tracción. Comienza dicho tratamiento el 03/12/02.

»El 02/12/02 se retira la tracción, se le coloca protección en ambos tobillos y se indica levantar al sillón. El 03/12/02 se toma cultivo de herida, recibiendo resultado el 12/12/02 contaminada con Pseudomona Aeruginosa y Stafilococcus Aureus. Se indica tratamiento antibiótico (los días siguientes se levanta al sillón o silla de ruedas).

»El 10/12/02 se retiran las grapas de la herida quirúrgica, drena achocolatado. El 13, 14 y 15/12/02 intranquilo, no duerme, se arrancó vía periférica. Se consulta con Psiquiatría (16/12/02), cuando es visto por dicho facultativo no presenta alteraciones graves de conducta, ni estado confusional. Según consta en la hoja de interconsulta, progresivamente existe una recuperación funcional que no conviene interferir con excesiva sedación. El problema es principalmente por las noches. Cambia el tratamiento a Quetapina (seroquel 100). El 19/12/02 sigue drenando por orificios fistulosos.

»El 20/12/02 se solicitó a UCI que colocaran vía central, realizándolo y haciendo observación en relación a que el paciente está algo desorientado y poco colaborador, que puede arrancarse la vía.

»El 27/12/02 el muslo presenta buen aspecto pero mancha líquido seroso por un punto, siguen con curas, ya estaba siguiendo tratamiento antibiótico. El 30/12/02 la herida está casi cerrada, lleva varios días sin drenar, ayer y esta mañana presentó fiebre menor de 38 °C.

»El 01/01/03 vuelve a tener pico febril llegando a 42 °C. Se le puso Nolotil (intravenoso) disminuyendo a 38 °C, subiendo de nuevo la temperatura por lo que se le puso profferalgan de 1 g. El 02/01/03 se solicitan hemocultivos y se solicita consulta con Medicina Interna. Sigue tratamiento antibiótico. El 03/01/03 continúa con fiebre. El 01/01/03 le ve el médico de guardia (Medicina Interna). Le han tomado cultivos de sangre y de punta del



catéter que se le ha retirado. A la exploración está febril, pulso arterial 100 l/min. Cierta sensación de tumefacción en el punto de inserción del catéter, en la auscultación cardíaca tonos regulares y rítmicos, no se auscultan soplos. En la auscultación pulmonar no se oyen estertores, soplos ni roces. Abdomen blando, depresible y no doloroso. No hay signos de flebitis. El facultativo señala que en una primera impresión se puede considerar que el origen más probable de la fiebre es la infección ya conocida de la cadera o bien flebitis o absceso sobre subclavia izquierda. Solicita analítica urgente, sangre y orina, urocultivo, radiografía de tórax y ecografía de subclavia.

»La ecografía realizada en 04/01/03 revela signos inflamatorios, no habiendo evidencias de abscesos ni colecciones que sugieran abscesificación. El sistemático de orina sin alteraciones relevantes, igual respecto a la bioquímica. En la radiografía no ve infiltrados.

»El 06/01/03 de Microbiología avisan que el cultivo del catéter de la vía central y los hemocultivos son positivos para un germen meticilin resistente que no está cubierto. Aconsejan tratamiento con Vancomicina o Teicoplanina. El 08/01/03 bajó la fiebre. Se sigue tratamiento antibiótico con Teicoplanina. Cuando mejore el cuadro séptico se plantea traslado a consulta de Cirugía Plástica en el Hospital de xxxxx para valoración de escara sacra. En la historia de rehabilitación consta anotación de fecha 09/01/03 que dice que el paciente tiende a girar el cuerpo al lado derecho y flexo del miembro inferior como respuesta antiálgica a escara sacra (en mal estado).

»El 10/01/03 es atendido por el médico de guardia por presentar dolor en la zona esternal e infraclavicular izquierda. No hay exudación del orificio de subclavia, ni colección local, leve empastamiento subcutáneo. Se solicita ecografía. El resultado es compatible con hematoma que no precisa por el momento aspiración ni drenaje, indicando valorar según evolución. El 11/01/03 no presenta empastamiento. Los días siguientes está afebril y estable dentro de su estado. La escara del sacro es más profunda.

»El 17/01/03 presentó dolor en el pecho que refería le irradiaba a espalda y brazos. Se le hizo ECG y fue valorado por el médico. Al día siguiente había desaparecido el dolor torácico (tal vez debido a sobreesfuerzo). Los días siguientes se levantó. Sigue en rehabilitación. (Presenta flexo de rodilla según consta en hoja de evolución de 22/01/03).



»El 30/01/03 se le traslada al Hospital de xxxxx para valoración por el Servicio de Cirugía Plástica descartando tratamiento quirúrgico de la escara.

»El 04/02/03 se consulta con Dermatología por presentar prurito generalizado. Se le diagnosticó intertrigo candidiásico y dermatitis de contacto, indicándole tratamiento.

»El 07/02/03 se indica que debe estar al menos ocho horas levantado. El 10/02/03 inicia de nuevo rehabilitación para intentar bipedestación, se continúa con las curas y cursó sin incidencias. El 20/02/03 se pide EMG de MMII por parálisis del ciático poplíteo externo. El 25/02/03 suspenden tratamiento antibiótico.

»El Psiquiatra valoró de nuevo al paciente el 20/02/03, en su informe refiere que la familia le encuentra bien, que por las noches descansa bien. En el momento de la consulta el paciente está tranquilo. No precisa cambiar el tratamiento.

»El 26/02/03 en exudado nasal aparece *Stafilococcus Aureus*. Consultado el Servicio de Medicina Preventiva indican Bactroban pomada nasal.

»El resultado del EMG evidencia lesión neurofisiológica de ambos nervios ciáticos que afecta a los troncos comunes (probablemente de localización proximal) con afectación mucho más manifiesta de la musculatura situada por debajo de la rodilla, encontrándose fundamentalmente implicados el componente tibial en el lado derecho con preservación del componente perineal y ambos componentes tibial y perineal en el lado izquierdo.

»El 20/03/03 es alta, se le traslada a su domicilio pasando antes por la Clínica xxxx para que lo valore el Servicio de Rehabilitación de ese Centro que le tratará ambulatoriamente.

»En el informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh de 20/03/03 consta que se procede al alta en esa fecha con la siguiente situación clínica:

»- Escara sacra en vías de cicatrización. Debe seguir curas locales.



- »- Anquilosis de la cadera izquierda postraumática.
- »- Rodilla izquierda en flexo por espasticidad de los tendones isquiotibiales.
- »- Lesiones del ciático poplíteo externo izquierdo. Pie en equino.
- »- Confusión y deterioro mental.

»Indicando también que bajo su criterio debe seguir por tiempo indefinido la rehabilitación general y de la marcha.

»No se tiene constancia en la historia clínica de revisiones posteriores a Marzo de 2003 en el Hospital xxxx, por lo que se desconoce la evolución posterior del paciente. Al parecer estaba previsto que continuara de forma indefinida tratamiento rehabilitador en la Clínica xxxx.

»En la documentación presentada por D. xxxxx junto a la reclamación aporta informe pericial de 26/11/03 de la Junta Médico Pericial Ordinaria de ddddd (Hospital ddddd) en la que determina que sí padece una incapacidad absoluta y permanente para todo tipo de trabajo, así como Gran Invalidez. Grado de Minusvalía según tablas O.M.S. 70%. (Escala sacra en vías de cicatrización. Anquilosis de cadera izquierda postraumática. Rodilla izquierda en flexo por espasticidad de los tendones isquiotibiales. Lesión del ciático poplíteo externo izquierdo. Pie en equino. Confusión y deterioro mental. Portador de pañal de incontinencia urinaria e intestinal. Movilidad en silla de ruedas. Trastorno orgánico de Personalidad. Deterioro cognitivo por TCE. Moderada atrofia corticosubcortical. Áreas de encefalomalacia postraumática frontal bilateral y temporal izquierda. Microdepósitos de hemosiderina diseminados en ambos hemisferios cerebrales secundarios a lesión axonal con microhemorragia antigua. Movilidad en silla de ruedas. Tiene apoyo familiar (sus padres y vive en su casa)”.

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 Área de xxxxx 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.- El 8 de abril de 2005 se recibe una comunicación del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León advirtiendo de la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación del interesado y requiriendo la remisión del expediente, la cual se efectúa el 13 de junio de 2005.

Sexto.- Con fecha 23 de noviembre de 2005, 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 29 de noviembre de 2005 a la parte reclamante, no consta que ésta haya formulado alegación o presentado documento alguno.

Séptimo.- Con fecha 27 de febrero de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Octavo.- El 5 de marzo 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.

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.

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 5 de enero de 2004, dentro, pues, del plazo indicado en dicho precepto, toda vez que cabe estimar que el alcance de las secuelas no quedó determinado hasta el 26 de noviembre de 2003, fecha en que emite el informe la Junta Médico Pericial de dddd.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de 27 de febrero de 2007 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.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a la desestimación de la solicitud del interesado.

Aun cuando el reclamante alega que la asistencia sanitaria que se le prestó fue inadecuada, cuestionando así la observancia de la *lex artis*, al estimar que la prótesis de cadera derecha se luxó por “la falta de cuidados y no control de la agitación mental”, que no hubo un “control evolutivo adecuado del postoperatorio de la cadera izquierda” y que, pese haberse constatado la “parálisis del nervio ciático poplíteo externo izquierdo, no se realizó ningún tratamiento para evitar la progresión (...)”, lo cierto es que son afirmaciones formuladas sin aval técnico alguno. Este Consejo considera probado que las actuaciones del personal sanitario que atendió al paciente fueron correctas, sujetándose en todo momento a las reglas de la *lex artis ad hoc*.

La conclusión anterior se basa en el examen de la documentación obrante en el expediente, particularmente de los diferentes informes médicos, en los que hay unanimidad en cuanto a la delicada situación en que se encontraba el paciente al ser ingresado, como consecuencia de sus antecedentes médicos y, fundamentalmente, del accidente de tráfico padecido, llegando a “peligrar su vida”, y de los que interesa destacar:



A) Respecto de la reprochada falta de cuidados, en el informe de la Inspección Médica se manifiesta: "Durante su larga estancia en el Hospital xxxx además del tratamiento por el Servicio de Traumatología, fue valorado por múltiples especialistas (Psiquiatría, Neurología, Rehabilitación, Dietética, Oftalmología, Dermatología, Hematología, ORL, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Cirugía Plástica) en relación a sus lesiones y secuelas, teniendo seguimiento continuado de las complicaciones ocurridas (infección, fiebre, conjuntivitis, dermatitis de contacto, agitación, etc.), realizándole las pruebas y exploraciones oportunas e instaurando tratamiento según el resultado de la valoración clínica y resultado de pruebas realizadas. No se puede considerar, por tanto que Don xxxxx fuese desatendido". Apreciación que no cabe sino compartir visto el resumen de hechos transcrito en el antecedente de hecho primero.

B) Respecto del tratamiento dado a las luxaciones, en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora se señala: "Cuando las condiciones clínicas lo aconsejaron y no había signos de infección activa se intervino la cadera derecha para resolver la inestabilidad protésica que tenía en la misma; igualmente se actuó quirúrgicamente en la cadera izquierda. Este tipo de lesión anatomopatológicas son típicas de las lesiones de alta energía (tráfico) y conlleva en la luxación posterior de cadera con fractura de la ceja posterior de acetábulo como complicaciones inmediatas una parálisis del nervio ciático del 12%, una necrosis avascular de la cabeza femoral del 18 al 33% y una miositis osificante ente el 5 al 33%.

»Sufrió dos luxaciones de la cadera izquierda que precisaron tratamiento quirúrgico en los dos meses que estuvo ingresado en el Complejo Hospitalario. Cuando ingresó en el otro Hospital en Agosto de 2002, portaba en cadera izquierda fijador externo colocado el para reducción de la luxación de cadera izquierda. Entre el 3 al 16% son luxaciones irreductibles por lo que se precisa reducción abierta.

»Permaneció en el Complejo Hospitalario algo más de dos meses y en el otro hospital durante algo más de siete meses de hospitalización pasando posteriormente a Rehabilitación en régimen ambulatorio".

C) Respecto del proceso postoperatorio y rehabilitador, el informe de la Inspección Médica refiere: "En cuanto a la rehabilitación, se indicó tratamiento para movilización de articulaciones, especialmente para el flexo de



rodilla, para trabajar la extensión, desentumecerlo y más adelante para intentar la bipedestación. Se indicó el tratamiento el 18/09/02, sin embargo no se continuó por estar cadera derecha luxada y precisar tracción. Iniciándose el tratamiento el 06/11/02, que fue suspendido el 20/11/02 para realizarle intervención quirúrgica, reanudándose el 03/12/02.

»Al alta (20/03/03) la cadera derecha se encontraba reducida y estaba previsto que continuara tratamiento rehabilitador indefinido de forma ambulatoria en la Clínica xxxx. Se desconoce su evolución posterior, ya que no constan en la historia clínica del paciente revisiones posteriores en el Hospital xxxx”.

D) Por último cabe señalar que en el informe de los Dres. ggggg, ppppp, qqqqq y ttttt se concluye: “En el caso que nos ocupa, se considera suficientemente acreditada la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a Don xxxxx a la *lex artis ad hoc*, puesto que:

»Se utilizaron los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y adecuados al cuadro clínico que el paciente presentaba en cada momento evolutivo del proceso.

»Se informó a los familiares de los riesgos inherentes de su evolución del padecimiento sufrido por el reclamante.

»Se produjo una continuidad del proceso asistencial hasta agotar al máximo posible las posibilidades de recuperación.

»Las secuelas no se pueden prever a pesar de los medios utilizados”.

En este sentido hay que considerar que las alegaciones del reclamante, cuestionando la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, realizadas sin aval técnico alguno, ceden frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente. Estos juicios tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos, especialmente el realizado en el ejercicio de la Inspección Médica, que, aunque encuadrada en el aparato administrativo del SACyL, actúa con independencia y objetividad.



Por otra parte no consta en el expediente elemento probatorio alguno que permita afirmar que los daños y secuelas que padece el reclamante sean consecuencia de los motivos que se achacan en la reclamación, imputables a los profesionales sanitarios que lo atendieron en el Hospital hhhhh, y no, como se infiere de los informes médicos referidos, derivados de la grave situación padecida por aquél tras el accidente de tráfico sufrido, sin que los resultados hayan sido los deseados pese al cumplimiento por la Administración sanitaria de su obligación de medios y a la observancia de la *lex artis ad hoc* por los profesionales que lo asistieron.

En este sentido 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 al reclamante, y sin que haya quedado acreditado que dicha asistencia tuviese incidencia alguna en el devenir de los acontecimientos, 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.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado 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.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh.

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