



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 24 de mayo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. zzzzz1 y Dña. zzzzz2*, 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 9 de mayo 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 a instancia de Dña. zzzzz1 y Dña. zzzzz2, representadas por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 10 de mayo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 444/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102,2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Mediante escrito registrado el día 24 de junio de 2003 en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx, D. yyyyy, en



nombre y representación de Dña. zzzzz1 y Dña. zzzzz2, solicita una indemnización de 150.253 euros por los perjuicios derivados del fallecimiento del padre de las reclamantes, D. xxxxx, debido a una presunta mala praxis en los Servicios Hospitalarios de Urología de xxxxx.

Segundo.- El 23 de diciembre de 2002, D. xxxxx, de 59 años de edad, acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh1 por haber comenzado esa tarde con fiebre de 39 °C, tos seca desde hacía tiempo, epistaxis ocasionales y disnea de grandes esfuerzos. Refiere orina "como agua de lavar carne" desde hacía un mes.

Se le realizan las exploraciones y pruebas complementarias y con diagnóstico de infección respiratoria baja no condensante se le indica ingreso, que el paciente rechaza firmando alta voluntaria. Se le pauta medicación y se indica que acuda a urgencias el día 28 de diciembre para nueva valoración. Se le indica que si empeora acuda de nuevo a urgencias.

El 28 de diciembre acude a urgencias para la revisión programada (control de respuesta al tratamiento). Se le realiza nuevamente exploración y pruebas complementarias. El paciente refiere mejoría sintomática subjetiva, no disnea, no fiebre, ante la mejoría sintomática y de las pruebas complementarias se decide alta con indicación de valorar por el facultativo de atención primaria y derivar a consulta de urología.

El 20 de enero del 2003 es visto en consulta externa de urología, refiere orinas oscuras y alguna vez acompañadas de pequeños coágulos. Buena mecánica miccional y I-PSS= 12 (moderado). La exploración física no aporta datos de interés salvo el tacto rectal que evidencia una próstata aumentada de tamaño de características benignas y un volumen II/IV.

El 21 de enero de 2003 es remitido por el PAC de xxxxx al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh1 por imposibilidad de micción espontánea; es sondado, teniendo que ser retirada la sonda por obstrucción, y se intenta nuevo sondaje sin conseguirlo. Se coloca sonda vesical con lavado (extracción de abundantes coágulos) e ingresa en urología del Hospital hhhhh2 para estudio y tratamiento.



Se realizan los estudios pertinentes. El estudio urográfico indica funcionalismo renal bilateral normal con vías permeables sin stop ni dilataciones; en histograma se objetiva una falla lacunar en cara latero-inferior derecha, y en estudio endoscópico una tumoración de implantación única de aspecto cerebriforme retrotrigonal derecha de unos 2 cm de diámetro. El 24 de enero de 2003 se programa RTU para el 29 de enero de 2003. Se realiza valoración preanestésica y el paciente firma los documentos de consentimiento informado de anestesia y cirugía.

El día 28 se instaura medicación preintervención (Tobradistin, Clexane, Orfidal Zantac y Valium) continuando tras la intervención la antibioterapia profilaxis de trombosis venosa y protector gástrico, añadiéndose analgésico se precisa.

El 29 de enero se realiza RTU (Resultado Anatomía Patológica, de 14 de febrero de 2003: carcinoma papilar urotelial de moderado-alto grado que infiltra la masa muscular –estadio B–).

Los días 30 y 31 por la tarde presenta febrícula vespertina (37,20 y 37,50 °C). El 1 de febrero a las 22:15 h el paciente tiene 38,4 °C, está sudoroso, timpanizado, con dolor en fosa renal derecha y TA 110/60, la orina es hemática. Se hace lavado vesical, se pone sueroterapia. Se avisa al urólogo de guardia que realiza exploración: distensión abdominal con discreto timpanismo y maniobra de Blumberg negativa, pico febril de 38,4 °C, líquido de lavado discretamente hemático. Se solicita analítica que revela leucocitosis de 16.544 con desviación izquierda. La impresión diagnóstica es de cólico nefrítico derecho.

Por la mañana del día 2 de febrero es visto por el urólogo de guardia que solicita analítica urgente. No tiene fiebre ni febrícula. Posteriormente se va encontrando peor con bajada de TA (60/20) y se avisa al urólogo de guardia. El resultado de la analítica es de 27.000 leucocitos con desviación izda. Según informe del facultativo, ante la sospecha de una sepsis de origen obstructivo, se intenta un cateterismo derecho infructuoso se decide realizar ecografía renal y punción de riñón derecho. Se consigue entrar en cavidades renales saliendo orina clara, pero no se consigue dejar posicionada nefrostomía y, valorado por el anestesista, se considera que debido al alto riesgo de la cirugía el paciente precisaría UCI postoperatoria, por lo que se decide trasladarle al Hospital



hhhhh1. Valorado en UCI a la vista de la situación clínica del paciente y el resultado de la ECO que descarta patología abdominal y retroperitoneal responsable de la sepsis se concluye que el paciente no es susceptible “de momento” de intervención quirúrgica. No responde al tratamiento instaurado/ ya las 01:34 del 3 de febrero de 2003 presenta parada cardiorrespiratoria sin respuesta a las maniobras de resucitación, constatándose exitus. En el informe de UCI consta “Shock séptico/hipovolémico de origen urológico refractario a drogas. Postoperatorio RTU vesical por tumoración maligna”.

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

- Parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.
- Historia clínica de D. xxxxx.
- Informe del Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh1.
- Informe del Jefe de Servicio de Urología del Hospital hhhhhh1, Dr. ttttt.
- Informe de la Inspectora Médico del Área de Salud de xxxxx, cuyas conclusiones son:

“Se le realizó el tratamiento que procedía en cada momento del proceso. Don xxxxx fue sometido a RTU vesical el 29 de enero del 2003. En el curso postoperatorio presentó febrícula y posteriormente fiebre y dolor abdominal, con leucocitosis. Con sospecha de sepsis de origen obstructivo y después de intentar cateterismo derecho infructuoso se decide la colocación de catéter de drenaje ureteral en quirófano, que a la vista del estado general del paciente y las pruebas previas realizadas se concluye por UCI y Urología que no es susceptible de intervención quirúrgica. No respondió al tratamiento instaurado y el 3-2-03 fallece”.

- Dictamen de los especialistas Dres. aaaaa, mmmmm e iiii, cuyas conclusiones son las siguientes:

“1. D. xxxxx fue diagnosticado en tiempo y forma correcta de una tumoración intravesical.



»2. De acuerdo al manejo de este tipo de tumores se realizó resección quirúrgica de la lesión a través de un procedimiento transuretral, siendo el informe anatomopatológico compatible con la presencia de un carcinoma urotelial con invasión de la capa muscular y con criterios citológicos de agresividad.

»3. El paciente recibió de forma correcta profilaxis antibiótica con anterioridad al procedimiento de resección transuretral, prolongándose la misma hasta 48 horas después del procedimiento.

»4. La evolución postoperatoria fue favorable, no existiendo en base a la documentación aportada, datos que permitieran sospechar la evolución posterior del enfermo.

»5. El 1 de febrero a última hora comienza con un cuadro compatible con infección del tracto urinario alto que recibe tratamiento antibiótico con Ceftriaxona.

»6. En las siguientes horas se realizan diversas exploraciones complementarias y ante la rápida y desfavorable evolución del paciente se plantea la posibilidad de una uropatía obstructiva derecha actuando de forma rápida y adecuada para intentar solucionar la misma.

»7. Dado el rápido empeoramiento del enfermo pese a todas las medidas de tratamiento aplicadas se decide con buen criterio su traslado a la unidad de cuidados intensivos, donde se continúa el tratamiento médico una vez comprobada la inexistencia de datos que sugirieran la presencia de complicaciones que requirieran una actitud quirúrgica.

»8. La evolución del paciente fue fulminante hacia una situación de shock séptico refractario y fracaso multiorgánico, que produjo el fallecimiento del enfermo apenas 24 horas después de comenzar con la sintomatología, siendo ésta una evolución posible en este tipo de cuadros”.

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente, mediante escrito de 23 de febrero de 2005 (notificado el 24 de febrero), se da audiencia a la parte reclamante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de



responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formulen las alegaciones y presenten los documentos y justificaciones que estimen oportunos. No existe constancia en el expediente de que durante el plazo concedido al efecto se hayan presentado documentos o formulado alegación alguna.

Quinto.- El 4 de abril de 2007 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

Sexto.- El 16 de abril de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución indicada.

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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

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

No obstante, es preciso señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente



tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró el 24 de junio de 2003, hasta el día 4 de abril de 2007 no se dictó la propuesta de resolución, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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

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



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

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

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

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

5ª.- Las interesadas han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En efecto, consta que el escrito de reclamación lo presentan el 24 de junio de 2003, esto es, antes de transcurrir un año desde el momento en que se produjo el fallecimiento de su padre.



6ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. zzzzz1 y Dña. zzzzz2, representadas por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. xxxxx.

En cuanto al fondo del asunto, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una «obligación de medios», es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En ese mismo sentido se ha pronunciado el Alto Tribunal, entre otras, en sentencias de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000. Esta última señala que “el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, indica: “Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es



o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

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

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

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



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

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

Señalan las reclamantes en su escrito, tras describir el proceso médico vivido por su padre, que “de los hechos que anteceden se deriva claramente una responsabilidad de la Entidad a la que se reclama”, añadiendo que “es evidente el funcionamiento anormal del servicio hospitalario, que se traduce en la no aplicación de los medios apropiados para un diagnóstico correcto y por lo tanto contrario a una correcta y diligente praxis médica”.

Frente a estas afirmaciones, esgrimidas sin aportar elementos probatorios que pudieran servir para demostrar la existencia de la posible relación de causalidad que pudiera existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el fatal desenlace sufrido por el padre de las reclamantes, puede mantenerse que, de acuerdo con los datos que obran en el expediente, no procede considerar que haya existido error ni retraso diagnóstico o terapéutico en el tratamiento del paciente, sino que se pusieron a su disposición los medios médicos técnicos y científicos adecuados a cada momento de la evolución de su cuadro clínico.

Tal y como se pone de manifiesto en alguno de los informes médicos que obran en el expediente, el fallecimiento de aquél no fue causa de la asistencia



sanitaria que le fue prestada, sino que el fatal desenlace fue debido a la evolución de la propia enfermedad que padecía, situación agravada por la actualización de uno de los riesgos de la cirugía, como es la sepsis, sin que pudiera evitarse a pesar de la diligencia y esfuerzo mostrado por los diversos facultativos encargados de velar por la curación del paciente. Puede, pues, afirmarse, que en el caso sometido a dictamen nos encontramos ante un supuesto en que los daños sufridos por el paciente han sido consecuencia de la evolución experimentada por la propia enfermedad que padecía, unido a las complicaciones surgidas durante su proceso postoperatorio.

En este sentido, en el informe de los Dres. aaaaa, mmmmm e iiii se indica que “en el caso que nos ocupa el paciente es derivado de forma correcta a la consulta de Urología a finales de 2002, ante la presencia de hematuria (...). Tras la valoración inicial por Urología el paciente ingresa de forma inmediata al presentar un cuadro de retención urinaria secundaria a la propia hematuria (sangrado con la orina), que se resuelve de forma correcta mediante la colocación de una sonda urinaria.

»Se realiza un estudio completo y en un plazo breve de tiempo, que permite llegar al diagnóstico de tumoración vesical, por lo que de forma completa se procede a la realización de una resección transuretral. El resultado anatomopatológico confirma la presencia de un tumor (...) que permite definirlo de un grado intermedio-alto (...) en estadio II, (...) que habitualmente requiere la realización de una cistectomía radical asociada a tratamiento quimio y radioterápico, que en este enfermo ni siquiera se pudo plantear dada la evolución del mismo.

»El paciente firmó previamente a la realización de la resección trasuretral el consentimiento informado específico para la realización de la prueba, en el que entre otros datos se informa de la posibilidad de muerte e infección como consecuencia de la realización de la misma. El procedimiento se desarrolló sin incidencias, administrándose de forma correcta profilaxis antitrombótica y antibiótica.

»El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias. (...). La presencia de febrícula el día 31 de enero y 1 de febrero sin ningún otro dato clínico localizador, resulta habitual tras un procedimiento de este tipo y de



forma correcta se establece la necesidad de vigilancia por si es preciso modificar el tratamiento antibiótico (...).

»A última hora del 1 de febrero el paciente presenta sintomatología que en nuestro criterio es compatible con infección del tracto urinario alto (fiebre y dolor lumbar). Pese a que el diagnóstico que se establece es de cólico nefrítico el tratamiento establecido es antibioterapia de amplio espectro. En el transcurso de las siguientes horas se practican análisis que refuerzan la hipótesis de cuadro infeccioso, evolucionando el paciente de forma rápida a una situación de shock séptico.

»Dada la evolución del cuadro se sospechó la presencia de una uropatía obstructiva derecha (...). En presencia de una dificultad de paso de la orina ésta tiene más facilidad para infectarse, debiendo proceder, para una correcta solución del cuadro, al drenaje de la misma, además de la administración de un antibiótico. Esto fue lo que se intentó con la colocación de una sonda ureteral desde la vejiga, y ante la imposibilidad de su introducción se intentó la colocación de catéter a nivel de la pelvis renal para intentar drenar la orina salvando el teórico obstáculo”.

A la vista de las consideraciones expuestas anteriormente, este Consejo no aprecia la existencia de un título de imputación que permita atribuir responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria por el fatal desenlace que terminó con la vida del padre de las reclamantes. Por el contrario, comparte las conclusiones expuestas en el informe de los especialistas, quienes mantienen:

“La actuación de los urólogos fue correcta, decidiendo ante la rápida y negativa evolución del enfermo pese a todas las medidas aplicadas, remitir al paciente a una unidad de cuidados intensivos, para monitorizar el tratamiento.

»La situación del paciente a su ingreso en la UCI se puede calificar de shock séptico que evoluciona, pese a los esfuerzos terapéuticos, a una situación de fracaso multiorgánico, falleciendo el paciente apenas 24 horas después del inicio de la sintomatología y tras comprobarse que no presentaba datos que permitieran establecer una causa tratable desde el punto de vista quirúrgico, como origen del cuadro.



»Como ya hemos comentado este cuadro fulminante se puede ver en pacientes con infecciones por gérmenes gram negativos que son los que de forma habitual causan las infecciones urinarias asociadas o no a los procedimientos instrumentales. Evidentemente en este caso la aparición de infección se ve favorecida por la presencia de una anomalía estructural en la vía urinaria (el tumor) y la necesaria utilización de procedimientos invasivos para el estudio y tratamiento de la patología urológica (sondaje urinario, cistoscopia y resección transuretral)».

Por tanto, este Consejo comparte, en el supuesto sometido a dictamen, el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución elaborada por la Consejería de Sanidad, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para estar en presencia de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración.

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 a instancia de Dña. zzzzz1 y Dña. zzzzz2, representadas por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, D. xxxxx.

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