



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, 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 11 de diciembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5*, 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 12 de noviembre de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. vvvvv en el hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 13 de noviembre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.026/2008, 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 el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 11 de abril de 2006, Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5 presentan una reclamación de



responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, D. vvvvv.

Los reclamantes exponen en su escrito que "(...) tras una semana de ingreso por un cuadro de origen supuestamente cardiaco con clínica atípica (digestiva o abdominal) se le opera de urgencia con la complicación presente. Complicación que conlleva una importante morbi-mortalidad.

»Nuestro padre y esposo, presentaba una clínica de dolor abdominal que se interpretó como cardiológico sin que en modo alguno se descartara el posible origen digestivo o biliar del cuadro.

»Fue un grave déficit asistencial, el que no se realizara una ecografía abdominal para descartar la presencia de un cuadro de colecistitis dejando evolucionar el proceso durante el ingreso hospitalario en el Servicio de Cardiología, hasta que 5 días después del ingreso se le tuvo que intervenir de urgencia ante la presencia de una colecistitis aguda gangrenosa con necrosis y posterior presencia de un absceso hepático, complicación muy grave que pudo evitarse con una asistencia temprana".

Solicitan una indemnización de 450.000 euros.

Acompañan a su escrito copia del libro de familia, copia del acta de notoriedad de declaración de herederos *ab intestato*, informes médicos de la asistencia prestada en el Hospital hhhh1, certificado de reconocimiento de minusvalía de D. vvvvv.

Segundo.- D. vvvvv, nacido el día 20 de mayo de 1945, presentaba, como antecedentes médicos de interés, los de tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, hábito enólico y hepatopatía no filiada.

Ingresa en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital "hhhh1" de xxxxx el 24 de mayo de 2004, procedente de Urgencias, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (Scasest), presentando en el electrocardiograma un bloqueo auriculoventricular de primer grado, bigeminismo y onda T negativa en II, III, aVF y de V4-V6. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) recibe tratamiento con ácido acetilsalicílico, clopidogrel y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular,



permaneciendo sin clínica de dolor torácico e insuficiencia cardiaca durante su ingreso, no presentando alteraciones enzimáticas ni electrocardiográficas, siendo trasladado a la planta de Cardiología al día siguiente para continuar estudio y tratamiento, con el diagnóstico de Scasest de bajo riesgo.

A su ingreso en la UCI el 26 de mayo de 2004, se señala que el motivo del mismo es la presencia de un nuevo dolor torácico de más de 30 minutos de duración, con cortejo vegetativo que cede con dificultad con nitroglicerina y cloruro mórfico. Se realiza exploración física en la que los únicos hallazgos relevantes son la presencia de bradicardia y mínimos crepitantes basales. El abdomen está blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin masas. En los análisis, únicamente destaca una hemoglobina de 18,3 y una creatinina de 1,4 mg/dl, siendo el resto de los parámetros normales, incluyendo la cifra de leucocitos. La radiografía de tórax es normal y en un nuevo ecocardiograma realizado el 27 de mayo de 2004, se continúa apreciando una dudosa hipocinesia en el área anteroseptal, en zona apical y media.

El 28 de mayo de 2004 se le realiza cateterismo cardiaco y coronariografía en el Hospital hhhhh de xxxxx, siendo el resultado de no evidencia de lesiones coronarias significativas. Es remitido nuevamente al Hospital "hhhh1" de xxxxx.

Posteriormente, ya en este último centro hospitalario, presenta deterioro del estado general con fiebre y signos de abdomen agudo, siendo intervenido el 29 de mayo de 2004, comprobándose el diagnóstico de colecistitis aguda en fase gangrenosa. En el postoperatorio desarrolla cuadro de sepsis severa con insuficiencia respiratoria, shock séptico, disfunción renal y alteraciones de la coagulación, con trombopenia de hasta 78000.

Recibe soporte ventilatorio, hemodinámica, antibióticos, nutrición parenteral y proteína C activada. En control de TAC abdominal se evidencia imagen compatible con absceso hepático no susceptible de drenaje. En controles posteriores, hay mejoría de dicha imagen. Va evolucionando hacia lenta mejoría, con dificultades para la retirada de la ventilación mecánica, precisando la realización de traqueostomía.

Presenta varios episodios de infección respiratoria y dificultades de deglución, que obligaron a mantener sonda nasogástrica. Es dado de alta a



planta el 12 de julio de 2004, tras permanecer desde 7 días antes en respiración espontánea. El diagnóstico principal es el de colecistitis aguda gangrenosa secundaria a litiasis biliar. El resto de diagnósticos son secundarios e incluyen la presencia del shock séptico y sus complicaciones.

El 22 de julio de 2004 reingresa en la UCI por un cuadro de sepsis, señalándose en el comentario evolutivo que durante su estancia ha desarrollado shock séptico, precisando antibioterapia de amplio espectro, prolongada por múltiples sobreinfecciones (respiratorias -E. coli y St. maltophilia-, bacteriemia por E. coli y S. haemolyticus, infección asociada a catéter vascular por grampositivos) y desarrollo de fracaso multiorgánico respiratorio, renal, hemodinámico, coagulopatía y trombopenia con hemorragia digestiva y repercusión hemodinámica, con estudio endoscópico alto y bajo sin hallazgos objetivos.

Se mantiene tratamiento antibiótico de amplio espectro prolongado además de antifúngicos empíricos, soporte inotrópico y esteroideo, con todo lo cual y de forma progresiva recuperó lentamente la estabilidad general. Durante su estancia, se descartan complicaciones infecciosas intraabdominales mediante TAC abdominal y se realiza CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), que descarta patología del árbol biliar y colangitis.

Se descarta amiloidosis mediante biopsia de grasa periumbilical tras observar cadenas ligeras kappa y lambda en orina (rango inferior). Se descarta asimismo endocarditis infecciosa mediante ecografía transesofágica. Marcadores tumorales negativos. Se han realizado ecografías abdominales de control (última el día 31 de agosto de 2004), que han resultado normales. En la electroforesis de proteínas se aprecia hipoalbuminemia e hipogammaglobulinemia severas, por lo que se intensifica la nutrición artificial y se añade tratamiento con flebogamma. Es dado alta el 15 de septiembre de 2004.

El 7 de octubre de 2004 ingresa nuevamente en la UCI por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, por probable broncoaspiración tras un *vómito*. Precisa nuevamente conexión a ventilación mecánica y comportándose nuevamente como un shock séptico. Requiere implantación de marcapasos definitivo al comprobarse la presencia de paros sinusales.

Los diagnósticos finalmente establecidos son los de insuficiencia respiratoria por broncoaspiración, shock séptico, disfunción multiorgánica (fallo respi-



ratorio agudo, fallo hemodinámico, fracaso renal agudo anúrico, coagulopatía y trombopenia), infecciones respiratorias de vías bajas asociadas a ventilación mecánica (por *Pseudomona aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Stenotrophomona maltophilia*, *Enterobacter cloacae*, *Candida glabrata*), infección urinaria por *Escherichia coli* asociada a sonda urinaria, polineuromiopatía del paciente crítico, hiponatremia, acidosis metabólica, insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo secundario, colostasis hepática y paros sinusales (con marcapasos definitivo).

Es dado de alta nuevamente el 27 de diciembre de 2004, reingresando el 6 de enero de 2005 por nuevo episodio de insuficiencia respiratoria, en este caso por retención de secreciones, que mejora tras aspiración de secreciones y un breve período de conexión al respirador. Es dado de alta a planta el 12 de enero de 2005.

El 7 de febrero de 2005 reingresa en la UCI, el día de su ingreso el paciente está en coma con signos de dificultad respiratoria severa.

El 7 de marzo de 2005 es trasladado a planta de Neumología con los diagnósticos de insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia respiratoria crónica por debilidad general dependiente de ventilación mecánica, desnutrición, hidrocefalia secundaria a lesiones isquémicas crónicas de pequeño vaso, debilidad neuromuscular del paciente crítico, bacteriemia secundaria a infección por catéter a *staphilococo hominis*, infección urinaria con catéter urinario a *E. Coli* y *Pseudomona Aeurogenosa* y úlceras por presión a nivel sacro y cadera derecha.

El 14 de marzo de 2005 reingresa en la UCI por coma y dificultad respiratoria, objetivándose en el ingreso, además de la insuficiencia respiratoria, un episodio de bacteriemia secundaria a infección del catéter por *Pseudomona aeruginosa*. Es dado de alta a planta el 12 de abril de 2005. A su llegada a planta, presenta gran afectación de su estado, atrofia muscular severa y deterioro del nivel de conciencia, pero con respiración espontánea por traqueostomía.

El 14 de abril de 2005 fallece. Los diagnósticos establecidos en el informe elaborado por el Servicio de Neumología son los de "insuficiencia respiratoria crónica, debilidad muscular generalizada de paciente crítico, paciente con ingreso prolongado en UCI, ventilación mecánica prolongada en UCI, disfunción



m ulteriores, sepsis por pseudomonas, infección urinaria por E. Coli y Pseudomonas, úlceras por presión, portador de marcapasos y *éxitus letalis*.

Tercero.- Al expediente administrativo se incorpora la siguiente documentación médica:

I.- Historia clínica del paciente.

II.- Informe del Jefe de Servicio de Cirugía General del hhhhh de xxxxx, de 2 de junio de 2006.

III.- Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del hhhhh de xxxxx, de 9 de junio de 2006.

IV.- Informe del Facultativo Especialista del Servicio de Cardiología del hhhhh de xxxxx, de 14 de junio de 2006.

V.- Informe emitido por la Inspección Médica, con fecha 20 de septiembre de 2006.

VI.- Informe emitido por qqqqq, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración Sanitaria, de fecha 26 de enero de 2007.

Cuarto.- El 2 de noviembre de 2007, se concede trámite de audiencia a los interesados, sin que conste que hayan presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Quinto.- Consta en el expediente la interposición de un recurso contencioso-administrativo ante la desestimación por silencio administrativo de la reclamación, siguiéndose el mismo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de xxxxx, Procedimiento Ordinario 1.975/2006.

Sexto.- El 6 de octubre de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria.



Séptimo.- El 9 de octubre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta 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, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (11 de abril de 2006) hasta que se formula la propuesta de orden (6 de octubre de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

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 mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

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, 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 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.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, D. vvvvv.

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.

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 en los términos y por las razones que a continuación se exponen y analizan.

Es necesario destacar, en primer lugar, que al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

Debe tenerse en cuenta que, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones.

Así, en Sentencia de fecha 5 de junio de 1998, entre otras, ha declarado que “el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo (...) se



presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal.

»El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada”.

Continúa la sentencia citada señalando que “la doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó, es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de fuerza mayor”.

Asimismo, es doctrina jurisprudencial pacífica que la culpa o negligencia médica surge con dotación de suficiente causalidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario -Sentencias del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de febrero de



1991, 27 de noviembre de 1993 y 9 de marzo de 1998-, y que, en palabras de la Sentencia de 25 de noviembre de 1993 -Sala de lo Civil-, cabe declarar la responsabilidad médica si no se agotan “los medios clínicos al alcance para establecer con ellos un diagnóstico si no absolutamente certero, lo que en una ciencia médica como la que aquí contribuye a la sanidad del enfermo no puede exigirse por su propia naturaleza, sí al menos acercarse o aproximarse a él, y en todo caso que no pueda imputársele al profesional ni el olvido ni la desidia en el correcto ejercicio profesional al no reclamar ni analizar los elementos de investigación que en la institución en que prestan sus servicios disponen”.

Por otro lado, como se pronunció la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en Sentencias de 8 de abril y 10 de diciembre de 1996, no cabe apreciar la culpa del facultativo en aquellos supuestos en que la confusión diagnóstica viene determinada por la ausencia de síntomas claros de la enfermedad o cuando los mismos resulten enmascarados con otros más evidentes característicos de otra dolencia, reconociéndose especial relevancia a la similitud sintomática de la verdadera enfermedad con la que por confusión se diagnostica; en definitiva, no puede declararse la correspondiente responsabilidad por un error de diagnóstico que quepa calificar como disculpable.

En este sentido se puede citar, igualmente, la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de fecha 10 de diciembre de 1996, en la que se establece, respecto a un posible error de diagnóstico, que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia”, así como que para determinar la existencia o no de error “se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

Los reclamantes alegan la existencia de una asistencia sanitaria incorrecta, al no haberse diagnosticado debidamente la patología que presentaba, que derivó en la colecistitis aguda gangrenosa necrosada en fundus, existiendo un retraso diagnóstico que causó la muerte del paciente.

No obstante, de los distintos informes médicos obrantes en el expediente ha de llegarse a la conclusión de que la asistencia sanitaria fue correcta.



El informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario de xxxxx de 9 de junio de 2006, señala que el paciente, con antecedentes de tabaquismo, etilismo, hipertensión arterial y dislipemia “ingresó en el Servicio de Medicina Intensiva procedente del Servicio de Urgencias de este centro el día 24 de mayo de 2004, por un cuadro de dolor torácico con alteraciones en el electrocardiograma y trastornos del ritmo. Inicialmente el paciente quedó totalmente asintomático siendo trasladado a la Unidad de Cardiología, donde horas después volvió a presentar dolor torácico, motivo por el que ingresó de nuevo en el Servicio de Medicina Intensiva”. El citado informe aclara que “entre los días 24 y 28 de mayo de 2.004 el paciente únicamente presentó dolor torácico. No se evidenció dolor abdominal, ni de forma espontánea ni en la exploración física. Tampoco se apreció fiebre ni ningún signo analítico compatible con proceso infeccioso, siendo normal la cifra sanguínea de leucocitos”.

En relación a la manifestación de los reclamantes relativa al retraso diagnóstico, y consecuentemente terapéutico, en el citado informe se señala que “esta afirmación no se ajusta a la realidad, pues se actuó de forma correcta, de acuerdo a la sintomatología que en cada momento refirió el paciente” señalando que “la presentación de la colecistitis puede ser en ocasiones larvada y no demostrarse hasta fases complicadas como en el caso referido y está descrito en la literatura médica”. Aclaran que “Las manifestaciones clínicas de la colecistitis cursan habitualmente con dolor abdominal en el cuadrante superior, derecho del abdomen y se asocian a náuseas, vómitos y anorexia, síntomas todos ellos ausentes en este paciente. Especialmente se asocia también a fiebre, que hasta pocos momentos antes del diagnóstico definitivo no presentó el paciente. El examen físico no mostró el típico signo de Murphy y en cuanto a la complicación de la colecistitis gangrenosa, ésta puede no ser sospechada antes de la intervención quirúrgica. Incluso la realización precoz de una ecografía abdominal podría no haber aportado los datos definitivos, puesto que está referido en la literatura, que el estudio ecográfico puede no visualizar en ocasiones de forma adecuada la vesícula biliar. El diagnóstico de colecistitis aguda debe sospecharse cuando el paciente presenta las manifestaciones clínicas típicas, pero no en un paciente que muestra signos y síntomas totalmente distintos a los habituales. Ni clínica ni analíticamente había signos compatibles con la patología en cuestión, durante los primeros días de su ingreso, destacando también como dato fundamental que no presentaba cifras elevadas de leucocitos”.



Tal y como indica el Informe de Inspección Médica “La atención sanitaria prestada al paciente en el Hospital hhhh1 de xxxxx y más en concreto en el Servicio de Medicina Intensiva, fue en todo momento diligente, adecuada a la situación del enfermo y apropiada en cada momento según la sintomatología del mismo fue presentándose”. Señala que “En el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el diagnóstico final de la patología primaria, el paciente fue atendido de acuerdo a su sintomatología, y no se llevaron a cabo intervenciones que pudieran empeorar su estado”, manifestando asimismo que “a lo largo del ingreso se demostraron diferentes alteraciones patológicas, que pueden ser compatibles con un severo deterioro orgánico crónico del paciente o un déficit orgánico previo que justificarían la mala evolución y el fatal desenlace”, concluyendo finalmente que “la actuación de los distintos facultativos en el tratamiento del paciente ha sido en todo momento correcta, según se han ido presentando las complicaciones”.

Las consideraciones realizadas en relación con la no existencia de retraso de diagnóstico, frente a las alegaciones vertidas por los reclamantes relativos a los síntomas que debían haber concluido en otro diagnóstico, además de lo ya señalado en el informe de la Inspección, también se ven corroboradas en el informe realizado por qqqqq, de 26 de enero de 2007.

En el caso sometido a dictamen, 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 obrantes en el expediente no permiten sustentar que el paciente fuera atendido de forma incorrecta, o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*, razón por la que procede desestimar la reclamación presentada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte interesada 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.

Por último, debe igualmente señalarse que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial -no justificada, puesto que



desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver-, trae consigo molestias y posibles perjuicios al interesado.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a D. vvvvv en el hhhhh de xxxxx.

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