



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

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 13 de noviembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx1 y D. xxxx2 y Dña. xxxx3*, 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 1 de octubre 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, D. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxxx en el Hospital hhhhh de xxxx4*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 14 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 896/2008, 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. Pérez Solano.

**Primero.-** Con fecha 22 de noviembre de 2005 tiene entrada en la Gerencia de Salud de Área de xxxx4 un escrito de reclamación de Dña. xxxx1 y



de D. xxxx2 y Dña. xxxx3, esposa e hijos de D. xxxxx, respectivamente, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a éste último en el Hospital hhhhh de xxxx4. La alegación fundamental es que D. xxxxx falleció por un error de diagnóstico, pues no fue atendido por un cardiólogo ni se le practicó una ecografía cardiaca, a pesar de los síntomas que padecía (fuerte dolor en el pecho), falleciendo finalmente como consecuencia de una disección en la aorta.

Solicitan una indemnización por daños morales y perjuicios de 150.000 euros, correspondiendo 139.919,40 euros para la esposa del fallecido y 8.540,30 euros para cada uno de sus hijos.

Se acompaña a la reclamación copia del certificado de defunción y del libro de familia.

**Segundo.-** El informe pericial de la Inspección Médica, de 5 de marzo de 2007, recoge la siguiente relación de hechos, que describen lo sucedido:

«Paciente de 55 años de edad que es remitido al Serv. de Urgencias del Hospital “hhhhh” por el médico de A.P. de xxxx7 a donde acudió a las 5 horas del 04.10.05 por dolor opresivo continuo epigástrico para valoración tras administrarle omeprazol por vía oral.

»En el Serv. de Urgencias (10,22 horas) es atendido por el Dr. dddd1, que tras explorar al paciente y realizar una analítica, dos electrocardiogramas y una radiografía que informa como normales, avisa al Serv. de Cirugía General para descartar patología abdominal.

»La Dra. dddd2 solicita ECO abdominal urgente para descartar perforación digestiva, la cual es informada como normal. Ingresando al enfermo y pautando vía intravenosa, medicación analgésica y protector gástrico.

»A las 15,20 desde las camas de observación de Urgencias se avisa a U.C.I. por parada cardiorespiratoria y fallecimiento a los 30 minutos tras RCP sin éxito.

»Realizada la autopsia:



»1ª causa de la muerte es:

»- Taponamiento cardiaco, la inmediata.

»- Hemopericardio, la intermedia.

»- Disección aórtica, la fundamental.

»2ª naturaleza de la muerte:

»- Muerte natural”.

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

I.- Informe del Médico del Servicio de Urgencias, de fecha 7 de diciembre de 2005, en el que se señala:

”5.- Causa del fallecimiento, revelada por la Autopsia Judicial: la causa fundamental de la muerte fue “disección aórtica” “a nivel de la raíz de la arteria” (según se precisa en el apartado de “tórax”), que el Médico Forense califica de “lesión letal” y “espontánea en tanto que no puede ser provocada, tratándose por lo tanto de una muerte de etiología médico legal natural”.

»6.- En caso de haberse diagnosticado tal disección aórtica, el Hospital hhhhh carece de medios humanos y materiales para haberlo intervenido quirúrgicamente.

»Estos pacientes se derivan al Hospital hhhh1, de xxxx5.

»En nuestro caso, la proximidad del aneurisma (determinante de la disección) a la raíz de la arteria aorta, en el corazón, era mortal de necesidad.

»Así, incluso un diagnóstico rápido y certero, seguido de traslado a xxxx5, hubiera sido ineficaz (...) sin olvidar que, dadas las dimensiones y ubicación del aneurisma aórtico, incluso una pronta intervención



quirúrgica, de haberse prescrito, muy difícilmente, por no decir imposible, hubiera permitido salvar la vida del paciente”.

II.- Informe clínico de alta de 7 de diciembre de 2007 en el que, entre otras consideraciones, se recoge:

“Se informa a la familia, reseñando el elevado número de pruebas realizadas en poco tiempo, siendo todas normales. Se solicita a la familia de forma reiterada por parte de los Servicios de Urgencias y Cirugía General autorización para realizar una autopsia médica y conocer la causa del fallecimiento, negándose a su práctica y acudiendo al Juzgado de Guardia de forma inmediata.

» En resumen, se trata de un varón que acude a Urgencias, realizándose un número elevado de pruebas en poco tiempo, que fallece de muerte súbita por un cuadro letal que como más tarde se comprobó se trataba de un aneurisma disecante de la aorta ascendente”.

III.- Documentación relativa al procedimiento penal seguido ante el Juzgado de Instrucción N° 3 de xxxx4, Procedimiento Abreviado 2.482/2005, que concluye mediante Auto de 18 de julio de 2006, por el que se acuerda el sobreseimiento provisional y el archivo de la causa por no aparecer debidamente justificada la perpetración de delito alguno.

IV.- Documentación relativa al procedimiento contencioso-administrativo seguido por los interesados, primeramente ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo N° 2 de xxxx4, Procedimiento Ordinario 131/2006, y actualmente ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en xxxx6, Procedimiento Ordinario 824/2007.

V.- Informe de la Inspección Médica de 5 de marzo de 2007 en el que se concluye que no se detecta actuación incorrecta en la asistencia sanitaria prestada a D. xxxxx.

VI.- Informe, de 30 de abril de 2007, de qqqqq, S.L., a solicitud de la aseguradora sssss, en el que se concluye que la actuación médica fue conforme a la *lex artis ad hoc*, no existiendo indicios de *mala praxis* en las actuaciones analizadas.



## VII.- Historia clínica del paciente.

**Cuarto.-** Notificado el 21 de junio de 2007 el preceptivo trámite de audiencia, no consta la presentación de escrito de alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

**Quinto.-** Con fecha 1 de septiembre de 2008, la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, por entender que no es posible hablar de incumplimiento de la *lex artis ad hoc*.

**Sexto.-** El 5 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden 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 hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación, ya que la reclamación se interpone el 22 de noviembre de 2005 y hasta el 1 de septiembre de 2008 no se formula la propuesta de resolución. 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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

**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, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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, D. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxxx en el Hospital hhhhh de xxxx4.

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 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.

En el presente caso, los reclamantes alegan en su escrito que ha existido un retraso en el diagnóstico y consiguiente tratamiento. Consideran que, dada su situación clínica, al no haberse practicado todas las pruebas diagnósticas pertinentes (en concreto y a su juicio, una ecografía cardiaca) podía haberle proporcionado el tratamiento oportuno.

Hay que tener en cuenta, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo sentada en Sentencias, entre otras, de 5 de junio, 7 de julio, 20 de octubre y 16 de diciembre de 1997 y 10 de febrero de 1998, que "la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización. El hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado".

Asimismo, ha de precisarse que 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. Conforme mantiene el Tribunal Supremo, en la Sentencia, entre otras, de 5 de junio de 1998, "el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso- 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. 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”.

Continúa diciendo la referida Sentencia: “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”.

Los reclamantes alegan que no se han practicado las pruebas diagnósticas pertinentes que permitieran el tratamiento de la dolencia que presentaba el paciente. Por tanto, puede señalarse que la base de su reclamación se centra en la existencia de retraso en el diagnóstico de aneurisma y posterior disección de aorta, así como que dicho retraso es imputable a la Administración Sanitaria cuyos servicios médicos debieron realizar pruebas más específicas -ecografía cardiaca- para haber podido diagnosticar a tiempo la dolencia y optar por un tratamiento que hubiera evitado el fatal desenlace.

Debe así analizarse, pues, si se trata o no de error de diagnóstico y/o de retraso en el diagnóstico.



En este sentido, ha de partirse de lo mantenido en 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, (...) se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

En el expediente consta que el paciente fue sometido a una serie de pruebas diagnósticas; así se manifiesta en el informe clínico de alta de 7 de diciembre de 2007, en el que se recoge que “se informa a la familia, reseñando el elevado número de pruebas realizadas en poco tiempo, siendo todas normales”. Especialmente revelador respecto a este extremo es el contenido del Auto de 18 de julio de 2006, del Juzgado de Instrucción Nº 3 de xxxx4, por el que se acuerda el sobreseimiento de la causa penal abierta y, en particular, el de las declaraciones de los facultativos intervinientes en la atención de D. xxxxx. Así, la declaración prestada por el médico del Centro de Salud de xxxx7, “pone de manifiesto cómo el paciente fue remitido al Centro desde su domicilio, presentando dolor epigástrico con vómitos.

»Fue remitido al Hospital porque hay ocasiones en que un determinado tipo de infarto subendocardio o de cara inferior solamente puede detectarse por enzimas cardíacas, y esta era una posibilidad dados los síntomas que presentaba, pero no los únicos. El diagnóstico de este tipo de infarto se alcanza con un electro, que en este caso dio resultado normal, o con la prueba de las enzimas.

»Dado que no era previsible que el paciente falleciera a tenor de los síntomas que él había visto, aunque posteriormente, sabiendo que hubo disección aórtica el desencadenante del fallecimiento entra dentro de las consecuencias lógicas de esa dolencia. Para diagnosticar esa disección sería necesaria una ecografía transesofágica.

»Continua manifestando que los síntomas del dolor epigástrico sí se pueden confundir con la disección aórtica. Que el TAC con contraste también puede servir para detectar la disección aórtica.



»Que los problemas pueden ser digestivos y también cardiacos cuando nos encontramos ante un dolor epigástrico. Que la frecuencia cardiaca más baja no es síntoma específico de la disección aórtica.

»Que el hemibloqueo anterior, que resultó del electro, no necesariamente indica que nos encontremos ante una posible disección aórtica. La disección no se agrava a consecuencia del hemibloqueo, ya que son cosas distintas.

»Por último, respecto del infarto subendocárdico, al que antes se refirió, manifiesta que el fallecimiento no tuvo nada que ver con la posibilidad de ese infarto. Que por la dolencia que presentaba, conocimiento ahora de que se trataba de una disección aórtica ascendente, la muerte del paciente era consecuencia necesaria”.

Consta asimismo en el citado Auto la declaración del médico adjunto de urgencias del Hospital hhhhh, el cual “manifiesta que cuando atendió al paciente ya se le había realizado un electro en la Sala A, que dio resultado normal (que se realizó otro, con ese mismo resultado).

»El paciente presentaba dolores abdominales, se hizo un examen general y se pidieron radiografías de tórax y abdomen y analítica.

»Ante la sospecha de una posible perforación gástrica el paciente se remite a cirugía general.

»Para diagnosticar disección aórtica sería preciso una ecografía cardiaca, TAC o Scanner o bien una RMN, aunque el Hospital no cuenta con los medios para esta última.

»Que la práctica de Scanner o TAC está indicada cuando el electro revela alguna anomalía, pues es necesario tener alguna sospecha clínica. En este caso los tres electros no revelaron necesidad de practicar Scanner.

»Que con los datos existentes en este momento, dada la longitud y ubicación de la lesión, en este caso era letal”.



La médico adjunta del Servicio de Cirugía del Hospital hhhhh declara en la citada causa "que el paciente presentaba un dolor abdominal alto que puede venir de un infarto o de un dolor abdominal, que la dolencia cardiaca había sido descartada por el Servicio de Urgencias. Se solicitaron una serie de pruebas, entre ellas una ecografía buscando una perforación de duodeno, también se hizo una prueba buscando una pancreatitis, dando resultado negativo.

»Para detectar la causa de fallecimiento la única prueba era un TAC torácico, que en cualquier caso la mortalidad es altísima".

Finalmente el especialista en medicina interna del Hospital hhhhh, pone de manifiesto "que acudió cuando el paciente estaba recibiendo masaje cardiaco, falleciendo posteriormente.

»Pidió las pruebas que se habían realizado para su examen, y a la vista de los resultados no le llamó nada la atención a la vista de los electros descartó que se hubiera podido tratar de un infarto.

»Que con los datos que tenía del enfermo, en opinión del declarante, no habría pensado en un aneurisma. La radiografía de tórax es normal, el ensanchamiento de mediastino no se veía. El dolor que presentaba el paciente no era la manifestación habitual de un aneurisma disecante. La dolencia era letal. Que un diagnóstico exacto, realizado unas horas antes, no hubiera salvado la vida del paciente. Las pruebas diagnósticas practicadas eran indicadas, pero ninguna da el diagnóstico de disección aórtica por el carácter atípico del dolor. El paciente presentaba dolor de todo menos de disección de aorta, pensar en disección de aorta rota a pericardio es extremadamente raro cuando el dolor es fundamentalmente epigástrico. A la vista de los informes y resultados previos no estaba indicado realizar un scanner ni ecografía traesofágica".

Continúa el citado Auto de 18 de julio de 2006 señalando que "en el informe emitido por la médico forense (folios 218 y siguientes), no consta, ni del mismo se desprende, que la actuación realizada y los pasos dados con el paciente no hayan sido conforme a *lex artis* o que se haya procedido de forma negligente con el mismo.



»De forma más clara consta en las aclaraciones practicadas (folios 234 y siguientes). En el curso de tales aclaraciones pone de manifiesto cómo el dolor en epigástrico no se produce a la misma altura que en el caso de infarto que es retroesternal, con irradiación frecuente al brazo izquierdo. Con las pruebas que se le practicaron al Sr. xxxxx queda descartada una patología de carácter torácico y en ese momento se descartan por la existencia de un problema abdominal, a la vista también de las manifestaciones del propio paciente.

»Respecto a la disección aórtica, de existir la misma, en un primer momento el dolor se habría manifestado por parte del paciente de una forma diferente.

»Continúa diciendo, cómo es cierto que al paciente se le diagnosticó en el Centro de Salud de xxxx7 un soplo, sin embargo, el soplo propio de la disección aórtica es diastólico, el detectado al Sr. xxxxx es pansistólico. En el electro, además no aparecía reflejada una sobrecarga del lado izquierdo, propia de la disección, como tampoco la taquicardia, propia también de esta patología. Las pruebas, continúa la forense, que pudieran revelar la existencia de la disección aórtica son el TAC de tórax con contraste y la ecografía trasesofágica, siendo ésta la que se suele hacer en primer lugar.

»Estas pruebas no se practicaron ya que no estaban indicadas dada la patología que presentaba el paciente.

»A tenor de todas las declaraciones posteriores y del modo de proceder de todos los facultativos intervinientes, no podemos concluir que su actuación haya sido negligente, ni que con el Sr. xxxxx no se procediere de forma correcta, por lo que no resultan de la instrucción indicios para poder concluir que ha habido una actuación imprudente desde el punto de vista penal”.

De lo anterior se deduce que no se puede hablar de error ni de retraso en el diagnóstico, en atención a la doctrina del Tribunal Supremo antes expuesta. Resulta acreditado que se realizaron, entre otras, las siguientes pruebas: ecografía, analítica, electro, pruebas buscando una pancreatitis, etc., todas ellas de conformidad con los protocolos médicos, sin que ninguno de los facultativos intervinientes hayan manifestado que en el caso concreto que nos



ocupa debería haberse practicado ecografía cardiaca al paciente. Por tanto, el diagnóstico realizado fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

En el mismo sentido, en el informe de qqqq S.L., se mantiene que "(...)  
2. En atención a la anamnesis y datos de la exploración física (únicas herramientas de las que dispone el clínico asistencial para la orientación diagnóstica inicial) se solicitó una completa batería de pruebas acorde con los protocolos de manejo de este tipo de pacientes en el Servicio de Urgencias hospitalario.

»3. La presencia de una hipersensibilidad a la palpación epigástrica y un aumento leve de la cifra de amilasa, orientaban primariamente a una patología abdominal por lo que tras descartar de forma razonable otras posibles etiologías (mediante la realización de electrocardiograma (x2) y radiografía de tórax) se consultó con el servicio de cirugía.

»4. El paciente se encontraba estable y pese a que en estos casos es posible la vigilancia domiciliaria del paciente se optó con buen criterio por la observación hospitalaria al persistir la sintomatología (...).

»6. La autopsia determina que la causa del fallecimiento es un taponamiento cardiaco secundario a una disección de la raíz aórtica.

»7. La medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para en base al mismo intentar cuadrar la sintomatología del paciente con dicho diagnóstico y establecer cuál debería haber sido la secuencia diagnóstica en un paciente concreto, sino que su labor es justo la contraria a partir de unos determinados síntomas y signos se establece una hipótesis diagnóstica que nos orientará a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico.

»8. En el caso que nos ocupa ni los datos obtenidos en la anamnesis (ausencia de antecedentes de hipertensión arterial y edad inferior a los 60 años, localización del dolor y ausencia de irradiación y/o progresión del mismo), ni en la exploración física (ausencia de hipertensión arterial, dolor a la palpación epigástrica y normalidad y simetría de los pulsos periféricos, ausencia de semiología de insuficiencia aórtica) ni en las exploraciones complementarias (radiografía de tórax y electrocardiograma sin datos compatibles con patología aórtica y/o pericárdica) hacen imposible, en nuestro criterio, plantear la



disección aórtica como un diagnóstico a considerar de entrada en este paciente, no encontrándose por tanto indicada la realización de otras pruebas diagnósticas, fuera de las que se practicaron en este caso.

Del expediente administrativo se deduce, pues, que el cuadro clínico que inicialmente presentaba el paciente no hacía aconsejable la realización de nuevas pruebas o que no estaban indicadas otras, además de las que realmente se le practican.

En consecuencia, ha de entenderse que el paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el tratamiento instaurado y las actuaciones seguidas al respecto eran adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*. No puede hablarse de error de diagnóstico, ni de retraso en el diagnóstico ni en el tratamiento. Debe apreciarse, a la luz de las pruebas practicadas, que la asistencia sanitaria recibida fue correcta, no apreciándose mala praxis.

**6ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, con independencia de que en dicho procedimiento puedan tenerse por probados los hechos alegados, en el caso de que en dicho proceso o en otro 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 ponerse de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, no justificada, puesto que ha de recordarse que, desde que fue interpuesta la reclamación, ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver, incluso si se tiene en cuenta el momento en que se pone fin a la causa penal iniciada como consecuencia de los mismos hechos. Esta circunstancia trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios a los interesados, al obligarles a acudir a la vía judicial, con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros; sino también a la propia Administración de Justicia, con procedimientos que no deberían haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.



### **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, D. xxxx2 y Dña. xxxx3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. xxxxx en el Hospital hhhhh de xxxx4.

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