



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y  
Ponente

Sr. Pérez Solano, 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 Segovia el día 27 de noviembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y otros*, 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, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano e hijo respectivamente, D. ccccc.*

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 897/2008, 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 Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** El 1 de diciembre de 2005, Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, y D. xxxx5, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su hermano



e hijo, respectivamente, D. ccccc, el 7 de marzo de 2005 a la edad de 40 años, como consecuencia de las complicaciones derivadas del retraso en el diagnóstico y tratamiento de la mediastinitis que padecía y que, a su juicio, fue causada por una perforación esofágica.

Consideran, tras relatar la asistencia recibida por el fallecido, que "resulta injustificable que, a pesar de que desde la primera asistencia en Urgencias se expuso que el paciente se había tragado una espina de pescado, posteriormente no se relacionara ese suceso con la sintomatología que presentaba el paciente - que además es propia a su vez de una mediastinitis (fiebre, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, sensación de malestar)-, pasando desapercibido su dolencia real hasta que fue demasiado tarde. En realidad, hasta el 4 de marzo en que se realiza el escáner y se aprecia la perforación de esófago. Para entonces su estado se había deteriorado en exceso".

Exponen asimismo que "resulta especialmente indicativo que en Urgencias del día 20-02-2005 del Hospital hhhh1 informan que no logran ver la espina, pero no que no exista, pues los síntomas están presentes; y de hecho le ordenan acudir a ORL". Y concluyen afirmando que "el paciente debería haber recibido un tratamiento adecuado a tiempo que hubiera sido posible de haber tenido en cuenta los antecedentes inmediatos y haber sospechado la verdadera dolencia, realizando las pruebas oportunas".

Reclaman, por ello, una indemnización total de 300.000 euros.

Adjuntan a su reclamación copia del informe de autopsia, del "informe de exitus" emitido por el Hospital hhhh2 de xxxxx, y de las hojas del Registro Civil, en la que constan los datos personales de los reclamantes y del fallecido para acreditar su relación de parentesco.

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

- Historias clínicas del fallecido obrantes en la Gerencia de Atención Primaria de xxxx6, en el Hospital hhhh1 de xxxx7 (xxxx6), en el Hospital hhhh3 de xxxx6, y en el Hospital hhhh2 de xxxxx.

- Informes del coordinador del Centro de Salud de xxxx8, de 6 de marzo y 3 de mayo de 2007.



- Informes de los médicos de guardia que atendieron al paciente en las guardias de xxxx9 y xxxx8 entre los días 23 y 26 de febrero de 2005. Dichos informes están fechados los días 26 de junio, 2 y 6 de julio de 2007.

- Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de hhhh3 de xxxx6, de fecha 3 de mayo de 2006.

- Informe del Director Médico de dicho Hospital, de 9 de mayo de 2006.

- Informe de la Inspección Médica de xxxx6, de 9 de noviembre de 2006.

- Informe del responsable del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de hhhh2 de xxxxx, de fecha 3 de enero de 2006.

- Informe del Servicio de Cirugía Torácica de dicho Hospital, de 10 de enero de 2006.

- Informe de la Inspección Médica de xxxxx, de 17 de marzo de 2006, relativo a la actuación prestada en el Hospital hhhh2 de xxxxx.

- Dictamen médico, de fecha 29 de enero de 2007, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico).

**Tercero.-** Mediante escrito de fecha 29 de febrero de 2008, se concede trámite de audiencia a los reclamantes, a efectos de que formulen alegaciones y presenten los documentos y justificaciones que estime oportunos; dentro del plazo concedido, presentan un escrito en el que exponen lo siguiente:

“Que, tras las conclusiones de la Inspección (...), entiende esta parte que la cuestión fundamental ha quedado delimitada a si la omisión del antecedente inmediato del paciente (asistencia a urgencias por haberse tragado una espina de pescado) es responsabilidad del servicio médico o no, por haber sido el propio paciente o la familia quien omitió ese dato.



»De haberse tenido en cuenta dicho antecedente, se hubiera podido alcanzar, presumiblemente, un diagnóstico certero precoz y el paciente hubiese tenido mayores oportunidades de salvación.

» (...) no parece justificable que el propio Servicio de Urgencias no tenga acceso a sus historias relativas a los episodios de urgencias tratados”.

Finalmente, reiteran la petición -ya formulada en la reclamación- de que se incorpore al expediente la historia clínica que conste en el Centro de Salud de xxxx9 -donde fue tratado el paciente entre sus dos visitas a Urgencias-, a fin de comprobar si consta algún dato sobre el antecedente de atragantamiento por la espina; y solicitan que declare como testigo el hermano del fallecido que le acompañó a las diversas consultas médicas.

**Cuarto.-** Con fecha 28 de agosto de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula una propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

**Quinto.-** El 10 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa que procede estimar la reclamación, al considerar que se incumplió el deber de medios que incumbe a la Administración, “puesto que el Hospital hhhh1, si bien puso todos los medios asistenciales a su alcance, no hizo lo mismo en cuanto a los medios organizativos”.

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 la interesada presenta la solicitud de indemnización (1 de diciembre de 2005) hasta que se formula la propuesta de resolución (28 de agosto 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por 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 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 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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**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.

No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios 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 ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, 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 -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la



asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano e hijo respectivamente, D. ccccc.

Los reclamantes alegan que ha existido un retraso en el diagnóstico de la enfermedad del paciente y que dicho error impidió que se iniciara con anterioridad el adecuado tratamiento médico, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación.

De acuerdo con la documentación obrante en el expediente, los hechos por los que se reclama se desarrollaron de la siguiente manera:

El 20 de febrero de 2005, el paciente es visto por la médico de guardia de xxxx9 (xxxx6), la cual le remitió al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx7 por, según figura en el libro de urgencias, espina de pescado (folio 34 del expediente). En la solicitud de interconsulta consta como datos clínicos "sensación de cuerpo extraño en amígdala dcha (sic) tras quedar (?) espina de lirio hace 24 h. No edema de glotis. No visualizo espina. No tengo material ORL. Ruego vuestra valoración" (folio 201 de la historia clínica). En el Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 se intenta visualizar con otoscopia (el dictamen médico considera que es un error y que debe hacer referencia a laringoscopia) indirecta y con laringoscopio siendo ambas negativas. Se pautan antiinflamatorios y se recomienda acudir al día siguiente sobre las 13:00 horas para ser valorado por Otorrinolaringología (en adelante, ORL) si no mejora.

El paciente no acude a la cita. Según manifiestan los reclamantes "ese día va a trabajar y dice que tiene alguna molestia pero que no tiene el dolor del día anterior".

De acuerdo con los informes del Coordinador del Centro de Salud de xxxx8 (folios 34 y 35 del expediente), no consta ningún registro en la historia clínica del fallecido en las fechas comprendidas entre el 20 y 27 de febrero. No obstante, expone los datos y secuencias extraídas de los libros de guardia de xxxx9 y xxxx8, que son los siguientes:

- El 23 de febrero acude a la consulta de xxxx9, donde se le diagnostica faringoamigdalitis febril y le prescribe Meiact (Cefdiroten) 400/12 h. más eferalgán de 1 gramo. Los reclamantes exponen que ese día el paciente





comenta al médico que el sábado, cenando, se había tragado una espina y que había ido al Hospital de xxxx7 (folio 8 del expediente).

- El 24 de febrero, el mismo médico vuelve a ver al paciente y mantiene el diagnóstico de faringoamigdalitis.

- El 25 de febrero, la médico de guardia de xxxx9 le prescribe paracetamol por persistencia de fiebre.

- El 26 de febrero, el médico de guardia de xxxx9 ve al paciente por proceso faringoamigdalar febril, y le mantiene el tratamiento. Dicho médico señala en su informe que "en dicho acto médico, el paciente no hace ninguna referencia expresa al antecedente de un posible cuerpo extraño (espina de pescado) ni que había consultado por ello el día 20 de febrero de 2005" (folio 36 del expediente).

El 27 de febrero acude de nuevo a Urgencias del Hospital hhhh1, por cuadro catarral de cinco días de duración con fiebre, dolores musculares y tos poco productiva. No ha mejorado del dolor costal derecho a pesar del tratamiento seguido desde hace cuatro días, y presenta alguna flema oscura. Se realiza una exploración completa incluida una radiografía de tórax que se informa como condensación en el lóbulo inferior derecho, no derrame y no signos de abscesificación. Es valorado por Medicina Interna y se decide mantener el tratamiento añadiendo Nolotil, si precisa, y, si en 48 horas no queda afebril, valorar cambiar el antibiótico. Se pauta un antitérmico y se programa seguimiento en consultas externas de Medicina Interna en un mes con radiografía, así como que si empeora (disnea, más fiebre) debe acudir nuevamente. Por ello, se le da el alta para domicilio con el diagnóstico de neumonía de lóbulo inferior derecho (folios 197 y 198 de la historia clínica).

Los reclamantes exponen que en Urgencias "se les explica que la semana pasada había estado por tragarse una espina de pescado y que desde aquella se encuentra mal y que lleva toda la semana con fiebre y que tiene dolores en el pecho y en el costado derecho" (folio 9 del expediente).

El 28 de febrero es visto en Atención Primaria (guardia de xxxx8) por la misma médico que le atendió el 20 de febrero, la cual le remite a Urgencias del Hospital hhhh1 con cuadro general deteriorado e insuficiencia respiratoria (folio



34 de expediente). En el informe de Urgencias del Hospital (folio 204 de la historia clínica) se hace constar que acude por continuar con fiebre y dolor en el costado derecho y por haber empezado además con hemoptisis tras los accesos de tos. A la exploración está febril (38 °C) y con hipoventilación en la base pulmonar derecha, por lo que se decide su ingreso en Medicina Interna. Durante el ingreso, se realizan dos radiografías de tórax, el 1 y 2 de marzo, la primera muestra una imagen de condensación en lóbulo inferior derecho, y la segunda, progresión con condensación de todo el pulmón derecho y colapso plural. Pese al tratamiento según el protocolo de neumonía adquirida en la Comunidad (ceftriaxona y levofloxacino), presenta un empeoramiento en las siguientes 24 horas, con hipertermia, expectoración hemoptoica y descenso en la saturación de oxígeno, por lo que se decide su traslado a la U.C.I. del Hospital hhhh3 el 2 de marzo de 2005.

En la U.C.I. se realizan pruebas complementarias, entre ellas una radiografía de tórax en la que parece apreciarse una imagen con posible nivel hidroaéreo que no parece confirmarse en la que se repite en la propia unidad. El diagnóstico continúa siendo de neumonía basal derecha extrahospitalaria, y se pauta tratamiento.

El 3 de marzo, ante la evolución favorable del paciente, se le traslada a la planta de Neumología, desde donde vuelve a ingresar en la U.C.I. el mismo día por hemoptisis moderada tras acceso de tos.

El 4 de marzo sufre una nueva hemoptisis, esta vez masiva, que obliga a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se realiza broncoscopia que demuestra la presencia de un gran trombo procedente del lóbulo inferior derecho que acabalga en carina principal y que penetra en el bronquio izquierdo, resultando imposible su extracción. Se sospecha de "neumonía neumocócica complicada versus tuberculosis". Se solicita TAC torácico y se pautan tuberculostáticos, con indicación de mal pronóstico. Ante los datos del TAC, se habla con la familia, la cual comunica el antecedente -no conocido hasta entonces por los facultativos de U.C.I. del Hospital hhhh3 (folio 11 de la historia clínica)- de ingesta de espina de pescado previo al cuadro infeccioso. Se sospecha de Mediastinitis por posible perforación esofágica.

El 5 de marzo se realiza un nuevo TAC que muestra un aumento mediastínico, perforación esofágica en encrucijada cervicotorácica, aumento del



calibre del vaso aneurismático (29 mm.), aumento de la atelectasia, y esplenomegalia. Como posible origen del cuadro se establece la mediastinitis aguda aunque la extensión al pulmón es infrecuente. Se maneja como segunda posibilidad la coexistencia de dos cuadros: mediastinitis por perforación esofágica y neumonía necrotizante o de otro origen, causante esta última de la laceración de la arteria pulmonar aneurismática. La evolución es desfavorable a pesar de los cuidados en la U.C.I.

El 6 de marzo presenta una nueva hemoptisis masiva incoercible con parada cardiorrespiratoria, consiguiéndose la reanimación. Agotadas al máximo las posibilidades terapéuticas del Hospital hhhh3, se traslada al paciente al Hospital hhhh2 de xxxxx, donde, tras informar a la familia del riesgo extremo de la operación, se le realiza toracotomía posterolateral derecha, durante la cual fallece el paciente.

Los hallazgos de la necropsia informan de la presencia de perforación esofágica de 0,4 cm en esófago cervical, acompañado de mediastinitis masiva y neumonía bilateral masiva.

Una vez expuestos los hechos, ha de analizarse si la actuación médica fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Los reclamantes alegan que se ha producido una deficiente asistencia sanitaria, al señalar que, a pesar de que desde la primera asistencia en Urgencias (20 de febrero de 2005) se expuso que el paciente se había tragado un espina de pescado, posteriormente no se relacionara ese suceso con la sintomatología que presentó pocos días después y que era propia de una mediastinitis (fiebre, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, sensación de malestar). Añaden que su dolencia real pasó desapercibida hasta el 4 de marzo -fecha en que se realiza el escáner y se aprecia la perforación de esófago causante de la enfermedad-, si bien en esa fecha su estado se había deteriorado en exceso.

Habida cuenta que los interesados consideran contrarias a la *lex artis* únicamente las actuaciones de los médicos de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1, y que los informes médicos estiman correctas la asistencia prestada en el Hospital hhhh3 y en el Hospital hhhh2 de xxxxx, se analizarán los episodios asistenciales acaecidos en aquéllos.



A) En primer lugar, el paciente acude el 20 de febrero de 2005 al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1, remitido desde Atención Primaria, por referir sensación de cuerpo extraño a nivel hipofaríngeo. Se intenta visualizar con otoscopia (el dictamen médico considera que es un error y que debe hacer referencia a laringoscopia) indirecta y con laringoscopia siendo ambas negativas. Se pautan antiinflamatorios y se recomienda acudir al día siguiente sobre las 13:00 horas para ser valorado por ORL si no mejora. El 21 de febrero no acude por mejoría y es el día 23 cuando acude al centro de salud por fiebre, siendo diagnosticado de faringitis.

Los reclamantes alegan que en el informe de Urgencias consta que no se logra ver la espina, pero no que no exista, pues los síntomas están presentes e indican al paciente acudir a Otorrinolaringología al día siguiente.

La Inspección Médica, en cambio, manifiesta que “los protocolos de exploración de cuerpos extraños en laringe de los Servicios de Urgencia recogen las exploraciones realizadas en este caso y en muchas ocasiones el cuerpo no se ha clavado y desaparece con la digestión en el tubo digestivo. No obstante, tal y como se recoge en el protocolo del Área de Urgencias del Hospital hhhh4 de xxx10, si no se puede extraer el cuerpo extraño o ante la sospecha, si no se ve, debe remitirse a ORL”. Considera que “en este caso se pusieron todos los medios diagnósticos disponibles en un Servicio de Urgencias e incluso se remitió al Servicio de Otorrino (sic) al día siguiente y el paciente no acudió por mejoría”. Y concluye afirmando que la asistencia prestada en este episodio en el Servicio de Urgencias fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

El dictamen médico considera correcta y ajustada a los protocolos la recomendación de acudir a ORL al día siguiente si empeora pese a la negatividad de los estudios practicados.

Sin embargo, en el protocolo de Urgencias del Hospital hhhh4 de xxx10 (citado por la Inspección Médica) se señala, en relación con la asistencia por cuerpos extraños en faringe, que “se deriva [a ORL] a todo paciente al que no se haya podido extraer el cuerpo extraño. También se derivará ante la sospecha de cuerpo extraño en faringe que no se ve, incluso con Rx(-), ya que puede evolucionar hacia absceso parafaríngeo”.



Aun cuando la Inspección Médica afirma que dicho protocolo se cumplió porque incluso se remitió al Servicio de ORL al día siguiente, lo cierto es que al paciente se le indicó que acudiera al día siguiente únicamente si no mejoraba. Y no acudió porque, según se desprende del expediente, el síntoma que presentaba el enfermo -sensación de cuerpo extraño- mejoró al día siguiente.

Estas circunstancias llevan a este Consejo Consultivo a apreciar que la asistencia prestada al paciente no fue adecuada porque no se adoptaron todos los medios exigibles para tratar episodios de cuerpos extraños en faringe. La remisión a ORL se indicó sólo para el caso de que no mejorase de la sintomatología que presentaba, mientras que la derivación a ORL está indicada, según la Inspección Médica, cuando no se haya podido extraer el cuerpo extraño o ante la sospecha de cuerpo extraño en faringe que no se ve. Al no acudir a ORL de forma inmediata se eliminó la posibilidad de que el paciente pudiera ser correctamente diagnosticado de su dolencia y acceder a un tratamiento adecuado, con, quizá, mayores probabilidades de supervivencia. Lo que presupone la existencia de responsabilidad de la Administración.

Pero además, no consta que se informara al paciente de la necesidad de acudir a Urgencias si aparecían otros síntomas relacionados con la ingesta de una espina de pescado (fiebre, dolor, etc). Ello pudo inducir al enfermo a atribuir escasa importancia a dicho antecedente y no relacionar la aparición de los síntomas posteriores con la espina ingerida -al ser desconocedor de la ciencia médica-, y por tanto, no aludir a él en ulteriores visitas a Urgencias (discrepando así del criterio sostenido en la propuesta de resolución -folio 178 del expediente, párrafo tercero-).

B) En segundo lugar, ha de valorarse la asistencia prestada en Atención Primaria (entre el 23 al 26 de febrero) y en el Servicio de Urgencias el 27 de febrero.

Con respecto a la primera, el día 23 de febrero (es decir, tres días después de la asistencia urgente en el Hospital hhhh1) el paciente acude al centro de salud de xxxx9 refiriendo fiebre advertida la tarde anterior, y es diagnosticado de faringitis.

No consta en el expediente la historia clínica de Atención Primaria, que permita constatar la asistencia prestada al enfermo entre los días 23 y 27 de



febrero en las consultas de xxxx9 y de xxxx8. Únicamente obra al respecto un informe del Coordinador del Centro de Salud en el que exponen los datos recogidos en el libro de guardias (ya expuestos anteriormente), lo cuales son insuficientes para conocer la sintomatología por la que el paciente consultó en ese periodo.

Esta omisión de documentación impide asimismo conocer si el facultativo de Atención Primaria disponía de datos sobre la asistencia prestada tan solo tres días antes en el Hospital hhhh1. Los reclamantes afirman que en la consulta del día 23 el paciente comentó al médico que el sábado, cenando, se había tragado una espina y que había ido al Hospital de xxxx7 (folio 8 del expediente); hecho éste que el médico de guardia que atendió al enfermo el día 23 no confirma ni niega. Únicamente el médico de guardia que le atendió el día 26 niega expresamente que se le comunicase tal información.

El conocimiento de tales datos tenía una relevancia extraordinaria en la medida en que, como señala el dictamen médico, "si no conocía el antecedente señalado, resulta imposible por su parte plantear un diagnóstico distinto al que se realizó en base a la clínica del paciente", por lo que "el tratamiento pautado en este sentido sería correcto en atención al diagnóstico establecido".

En relación con la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias el 27 de febrero, el motivo fue un cuadro catarral de cinco días de duración con fiebre, dolores musculares y tos poco productiva. Se realiza una exploración completa incluida una radiografía de tórax, se pauta tratamiento tras consultar con Medicina Interna y se le indica que si empeora (disnea, más fiebre) debe acudir nuevamente. Por ello, se le da el alta para domicilio con el diagnóstico de neumonía de lóbulo inferior derecho (folios 197 y 198 de la historia clínica). Los reclamantes alegan que a los facultativos de Urgencias "se les explica que la semana pasada había estado por tragarse una espina de pescado y que desde aquella se encuentra mal y que lleva toda la semana con fiebre y que tiene dolores en el pecho y en el costado derecho" (folio 9 del expediente). Sin embargo, en el informe del Servicio de Urgencias no consta que el paciente refiriera como antecedente la asistencia urgente prestada el día 20 de febrero por la ingesta de una espina de pescado.

Los informes médicos corroboran que la prestación médica en el Servicio de Urgencias del Hospital fue correcta a la vista de la sintomatología y de los



datos aportados por el paciente. Por el contrario, los profesionales informantes no ofrecen valoración alguna en relación con la asistencia prestada en Atención Primaria, lo que, junto con la escasa documentación aportada y la exigua actividad instructora practicada sobre dicha actuación médica, impiden abordar el examen de la misma -hecho sobre el cual, además, no se han formulado alegaciones al margen de la relativa al conocimiento por parte de los médicos de guardia del antecedente de ingesta de espina de pescado-.

Sentado lo anterior, la cuestión en ambos casos se centra en dilucidar si los médicos de urgencias fueron advertidos o no del antecedente mencionado, pues de ello dependerá que la asistencia dispensada haya sido o no correcta.

Ante todo, parece razonable pensar que el paciente es el más interesado en referir a los médicos de Urgencias todos los antecedentes relevantes de los que tuviera conocimiento, y que los facultativos recaban del enfermo toda la información complementaria que precisan para poder prestar una adecuada asistencia médica. Y así lo considera este Consejo Consultivo.

Sin embargo, este Consejo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, ha de pronunciarse sobre las actuaciones practicadas por la Administración consultante, estándole vedada la posibilidad de realizar actos de instrucción. Por ello, ha de estarse a lo que figura en la documentación obrante en el expediente, en la cual no consta que se comunicara a los facultativos de Urgencias el antecedente de la ingesta de una espina.

Ello obliga a considerar no acreditado -en la medida que no existe constancia de ello en el informe médico- que el paciente refiriera en el Servicio de Urgencias el antecedente citado, cuya omisión es, como ya se ha expuesto, relevante para la apreciar que la actuación médica fue adecuada a la *lex artis*.

En cuanto a la comunicación del antecedente en Atención Primaria, la escasa documentación aportada dificulta su valoración. No obstante, este Consejo tuvo ocasión de pronunciarse en un supuesto sustancialmente similar (Dictamen 217/2008, de 28 de agosto) considerando no acreditado el hecho reclamado en la medida que no existe constancia alguna de que el paciente refiriera un antecedente relevante. En este sentido, tras el requerimiento por este Órgano Consultivo de un informe de asistencia urgente, la Consejería de Sanidad señaló que "el informe de asistencia urgente prestada (...) no consta



en el expediente dado que, al tratarse de una asistencia urgente en Atención Primaria, no se confecciona dicho informe, existiendo únicamente el registro de las consultas realizadas ese día". Por lo que manteniendo el mismo criterio, ha de tenerse por no probado que el enfermo comunicara al médico de guardia el antecedente de ingesta de espina de pescado, en la medida que el propio médico no menciona la existencia de tal información.

En ninguno de los dos casos se considera infringido el estándar de actuación de la Administración, puesto que no parece posible, con los medios técnicos actuales, que los servicios de urgencias dispongan de forma inmediata de una información completa de las historias clínicas de todos los pacientes, lo que obliga a éstos a suministrar toda la información de que dispongan.

C) Y en tercer lugar, el 28 de febrero es visto en Atención Primaria (guardia de xxxx8) por la misma médico que le atendió el 20 de febrero, la cual le remite a Urgencias del Hospital hhhh1 con cuadro general deteriorado e insuficiencia respiratoria (folio 34 de expediente). En el informe de Urgencias se hace constar que acude por continuar con fiebre y dolor en el costado derecho y por haber empezado además con hemoptisis tras los accesos de tos. A la exploración está febril (38 °C) y con hipoventilación en la base pulmonar derecha, por lo que se decide su ingreso en Medicina Interna. Durante el ingreso, se realizan dos radiografías de tórax, el 1 y 2 de marzo, la primera muestra una imagen de condensación en lóbulo inferior derecho, y la segunda, progresión con condensación de todo el pulmón derecho y colapso plural. Pese al tratamiento según el protocolo de neumonía adquirida en la Comunidad (ceftriaxona y levofloxacino), presenta un empeoramiento en las siguientes 24 horas, con hipertermia, expectoración hemoptoica y descenso en la saturación de oxígeno, por lo que se decide su traslado a la U.C.I. del Hospital hhhh3 el 2 de marzo de 2005.

Los reclamantes consideran injustificable que el propio Servicio de Urgencias no tenga acceso a sus historias relativas a los episodios de urgencias tratados, en la que consta el motivo por el que acudió al mismo Servicio ocho días antes; lo que ha ocasionado que no se diagnosticara correctamente al paciente, impidiéndole así acceder a un tratamiento adecuado.





El dictamen médico señala que las decisiones de ingresar al enfermo, de mantener la sospecha diagnóstica y de modificar la pauta antibiótica fueron, a su juicio, correctas.

Sin embargo, llama poderosamente la atención que, una vez ingresado, no se hubiera dispuesto por los médicos, o no se hubiese valorado por ellos, la historia clínica del enfermo en la que consta el antecedente de asistencia urgente por sensación de cuerpo extraño, lo que hubiese permitido ponderar dicho precedente al decidir las pruebas médicas a practicar. Y también que la médico de guardia que le atendió en xxxx8 el día 28 (que era la misma que le remitió el día 20 a Urgencias) omitiera, involuntariamente, tal antecedente. Nada señala al respecto la Inspección Médica.

Tal y como ha señalado el Tribunal Supremo (por todas Sentencia de 1 de julio de 1997, de la Sala de lo Civil), "la responsabilidad médica es un apartado del capítulo más general de la responsabilidad sanitaria (responsabilidad del centro médico, por deficiencias de funcionamiento u organización, negligencias del personal etc.). Como una subespecie de la responsabilidad médica más cerca de la responsabilidad sanitaria en general, se sitúa la derivada de conductas que supongan una falta de coordinación entre los especialistas que tratan a un paciente, más aún cuando tal evento sucede dentro del mismo centro hospitalario, o cuando determinados elementos de información que constan en el historial del paciente no son considerados o se soslayan en el tratamiento o en la intervención quirúrgica, sin una acreditada valoración previa de aquellos y sin una explicación de los riesgos acumulados que aquellos comportan, para someterlos, en suma, a la aceptación del paciente, mediante su consentimiento. En estos casos la responsabilidad del médico queda fuera de la aplicación de la doctrina jurisprudencial que no acepta el desplazamiento de la carga de la prueba al demandado, como se mantiene respecto de otras posibles infracciones culposas, no obstante, que esta doctrina admita múltiples matices según proporción del resultado".

En efecto, un somero examen del historial del paciente hubiera permitido a los facultativos advertir la existencia de la asistencia urgente del día 20 de febrero (ocho días antes) y valorar la relevancia de la causa que lo motivó en relación con la sintomatología que presentaba el enfermo en esta segunda visita.



Puede considerarse, por tanto, que algún medio técnico o humano hubo de fallar o dejó de aplicarse, o que existió una falta de coordinación entre los servicios del Hospital, para que no se dispusiera de la historia clínica del paciente o no se advirtiese el citado antecedente (de gran importancia, como se ha visto) durante el ingreso en el Hospital hhhh1, impidiendo una adecuada valoración global del enfermo. Y la Inspección Médica de xxxx6 manifiesta que “la causa del fallecimiento casi con toda certeza parte de la perforación esofágica por espina”.

Por ello, concurriendo una deficiencia en los servicios sanitarios, al no detectarse el proceso sufrido por el paciente -y que finalmente ocasionaría su fallecimiento- durante su ingreso en ese Hospital, se ha producido un daño antijurídico.

En definitiva, cabe apreciar una actuación sanitaria inadecuada no sólo durante el ingreso Hospitalario en el Hospital hhhh1, sino también y fundamentalmente durante la primera vista a Urgencias, al no haberse derivado al paciente a ORL en todo caso, de acuerdo con lo previsto en el protocolo de actuación. Esta omisión excluyó la posibilidad de diagnosticar el verdadero padecimiento del enfermo y pautarle el adecuado tratamiento, lo que quizá hubiera evitado su fallecimiento.

En este sentido, la Inspección Médica, refiriéndose a la asistencia urgente del día 27 de febrero, señala que “no es posible descartar que con un diagnóstico inicial de mediastinitis el resultado final no hubiera sido el mismo”; y el dictamen médico añade que “la mediastinitis aguda por perforación esofágica presenta una altísima mortalidad incluso con un diagnóstico y tratamiento inmediatos, por lo que, en este caso, incluso en el [supuesto] de que se hubiera podido alcanzar dicho diagnóstico el día 27 de febrero cuando acude al Hospital hhhh1 y se hubiera realizado un tratamiento inmediato, la evolución probablemente hubiera sido similar, pues el paciente llevaba casi una semana de sintomatología. Por ello, puede considerarse que las posibilidades de supervivencia hubieran aumentado si el diagnóstico se hubiera alcanzado el día 21 de febrero.

En virtud de lo expuesto, en la medida que ha existido una demora en el diagnóstico de la enfermedad del paciente, procede estimar la reclamación.



**6ª.-** Respecto al importe de la indemnización, debe concretarse en un posterior expediente contradictorio, habida cuenta que este Consejo Consultivo carece de los datos necesarios para una adecuada fijación. Para determinar la cantidad a abonar, cabe acudir por su carácter orientativo a los baremos fijados para los casos de fallecimiento en accidentes de circulación por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. En particular, ha de tenerse en cuenta que se ha producido un óbito, la edad del fallecido (40 años), sus circunstancias familiares, sus ingresos, etc.

Ello sin perjuicio de su actualización en los términos previstos en el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, tal y como acertadamente indica la propuesta de resolución.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución estimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3 y D. xxxx4, y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermano e hijo respectivamente, D. ccccc.

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