CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero y ponente
Sra. Ares González, consejera
Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de diciembre de 2024, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1,* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 496/2024

I
ANTECEDENTES DE HECHO

El día 31 de octubre de 2024 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 7 de noviembre de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 496/2024, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el presidente del Consejo, correspondió su ponencia al consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 8 de julio de 2021 D. yyy1, de 67 años de edad, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica, por los daños y perjuicios sufridos a causa de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital hhh1 de xxx1 entre el 16 y el 21 de septiembre de 2020, tras el cateterismo que le fue practicado el 16 de septiembre en el Hospital hhh2 de xxx2. En su reclamación expone que el 11 de septiembre de 2020 sufrió un infarto de miocardio y tras ser derivado al

Hospital hhh2 de xxx2, donde fue intervenido quirúrgicamente, volvió a ser ingresado en la unidad de coronarias del Hospital hhh1 de xxx1, permaneciendo en observación. La evolución de su clínica motivó que fuera necesario practicarle un segundo cateterismo en el Hospital hhh2 de xxx2el 16 de septiembre de 2020, regresando al Hospital hhh1 de xxx1 tras esa intervención. El reclamante alega que presentó dolor intenso desde ese mismo día (16 de septiembre) y que a pesar de ello se retrasó el abordaje terapéutico de la clínica que presentaba, no siendo hasta el 22 de septiembre cuando se le diagnostica un pseudoaneurisma femoral izquierdo derivado del cateterismo. Su tratamiento precisó de una nueva intervención quirúrgica en el Hospital hhh2 de xxx2 el 22 de septiembre, permaneciendo ingresado a causa de una nueva complicación por tromboembolismo pulmonar (TEP+TVP). El 2 de octubre se le deriva nuevamente al Hospital hhh1 de xxx1, recibiendo el alta hospitalaria el 21 de octubre de 2020. El reclamante afirma que el retraso en el abordaje terapéutico del pseudoaneurisma femoral izquierdo le ha ocasionado lesiones irreversibles y su estado de salud ha empeorado gravemente.

Solicita una indemnización por el daño sufrido que cuantifica a tanto alzado en 50.000 euros, considerando el período de curación total, las secuelas resultantes y los perjuicios derivados de las mismas, los futuros costes que se vea obligado a soportar y que no sean asumidos por el servicio público de salud y el daño moral por las limitaciones funcionales que presenta.

Adjunta a su solicitud, además de copia de su DNI y del de Dña. yyy2, a la que autoriza para presentar la reclamación, los siguientes informes médicos: informe clínico de alta del Hospital hhh2 de xxx2, de 22 de septiembre de 2020, con traslado a otro centro hospitalario; informe clínico de alta del Hospital hhh1 de xxx1, de 21 de octubre de 2020; informe de cuidados de enfermería de 21 de octubre de 2020; informe de alta coronario, de 17 de septiembre de 2020 y nota de evolución diaria en esta unidad; informes clínicos de urgencias, de 23 de octubre de 2020 y de 6 de noviembre de 2020; informe de consulta externa, de 10 de noviembre de 2020, del Servicio de Nefrología del Hospital hhh2 de xxx2, por revisión de trasplante renal; informe del Servicio de Medicina Interna del HCG, de 18 de diciembre de 2020 e informe del centro de salud de xxx3, de 11 de diciembre de 2020.

El reclamante solicita, a efectos probatorios, que se incorpore al expediente la historia clínica completa del paciente en el Hospital hhh2 de xxx2, en el Hospital hhh1 de xxx1 y en el centro de salud de xxx3, y que se le

dé traslado del mismo, anunciando la aportación de un informe médico-pericial.

Segundo.- Consta en el expediente la remisión de la información clínica disponible sobre el paciente en el centro de Salud de xxx3, emitida por el médico de familia con fecha 20 de agosto de 2021.

Tercero.- El 20 de septiembre de 2021 se emite informe por el jefe del Servicio de Cardiología del Hospital hhh2 de xxx2 y el 24 de septiembre de 2021 se informa por el licenciado especialista en Cardiología que realizó el cateterismo el 16 de septiembre de 2020, indicando que el estudio angiográfico se realizó sin incidencias y que en todo momento, hasta su traslado al Hospital hhh1 de xxx1, permaneció asintomático y estable. Asimismo, pone de manifiesto que "el pseudoaneurisma femoral (PF), representa una de las complicaciones vasculares locales más frecuentes relacionadas con los procedimientos percutáneos por vía femoral. Hay factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones vasculares en el lugar de acceso, unos son procedimentales o relacionados con la técnica y otros son inherentes al propio paciente (anticoagulación, antiagregación, calcificación arterial, nefropatía avanzada, fragilidad, problemas hematológicos, deambulación precoz…). En las unidades de hospitalización es mandatorio explorar el acceso femoral tras un procedimiento para descartar cualquier complicación vascular y en caso de tener una sospecha clínica (masa pulsátil, dolor, nuevo soplo, hematoma…) realizar un diagnóstico ecográfico precoz".

Cuarto.- El 21 de septiembre de 2021 el jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital hhh2 de xxx2 emite informe, según el cual las afirmaciones hechas por el reclamante están "llenas de imprecisiones y consideraciones no ajustadas a la verdad sin ningún soporte científico", y precisa "Que la producción de pseudoaneurismas a nivel de las regiones anatómicas donde se realizan las punciones vasculares para procedimientos terapéuticos, son relativamente frecuentes y con mayores posibilidades de presentación en paciente pluripatológicos como es el caso, y sobre todo cuando existe patología base como la diabetes o aterosclerosis que alteran gravemente los vasos. No obstante, asumiendo el riesgo, se actúa para obtener el beneficio cuando el segundo es superior al primero. La prevención de la posibilidad de las posibles complicaciones esta estandarizada en base a criterios científicos y donde no tiene lugar argumentaciones en base a una pseudológica de conveniencia para obtener rentabilidad económica (…)"; y "Que en todo momento la actuación de los integrantes del Servicio de

Angiología y Cirugía Vascular ha sido correcta y se podría afirmar que impecable, ajustadas a protocolo, guías terapéuticas y de acuerdo a la *lex artis*".

Quinto.- El 28 de septiembre de 2021 la licenciada especialista en Angiología y Cirugía Vascular que operó al reclamante del pseudoaneurisma emite informe en el que hace constar lo siguiente:

"(...) El día 22/09/2020 el paciente yyy1, 67 años de edad, es trasladado desde el hospital de xxx1 por presentar en angioTAC un pseudoaneurisma femoral y fístula arteriovenosa asociada en femoral izquierda para intervención urgente.

»Intervención: A su llegada al hospital es intervenido de forma urgente, procediendo a la reparación del pseudoaneurisma femoral y fístula arteriovenosa asociada (…)

»Evolución: El paciente permanece ingresado a nuestro cargo para seguimiento de la herida quirúrgica. Durante dicho ingreso presenta complicación con TVP poplítea izquierda asociada a TEP el día 29/9/21, el paciente es tratado de esta complicación y se realiza la consulta pertinente a los especialistas en Neumología de nuestro hospital. Permanece ingresado en nuestro servicio hasta el día 2/10/20, cuando la herida quirúrgica presenta muy buen aspecto, en fase de resolución y cicatrización, y al estar desplazado por ser de xxx1 hablamos con la familia que sufre imposibilidad de venir a verlo y se decide en conjunto con ellos pedir traslado a su hospital de referencia para completar el tratamiento de su patología médica.

»Revisión: Es revisado por mi parte en consulta externa de cirugía vascular el 17/12/2020, constatándose la resolución del pseudoaneurisma femoral y la FAVI femoral mediante ecodoppler arterial".

Sexto.- El 18 de noviembre de 2021 la jefa del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital hhh1 de xxx1 emite informe, en el que, en relación con el cateterismo realizado el 16 de septiembre de 2020 y la evolución posterior del enfermo, indica lo siguiente:

"El 2° cateterismo se realiza el 16/09/2020 por vía femoral izquierda, sin incidencias, en el que no se objetivan lesiones coronarias. Tras el procedimiento regresa a UCI, donde permanece hasta el día 17/09/2020. Durante las 24 horas que permanece ingresado tras el procedimiento, está

asintomático, tiene un vendaje compresivo sobre la zona de punción que se comprueba en cada turno de enfermería (mañana, tarde y noche) que está limpio, no refería dolor por lo que se retira a las 24 h del cateterismo, sin presentar complicaciones. El día 18/09/2020 se decide alta a planta a cargo del Servicio de Cardiología para continuar con su evolución y tratamiento.

»Posteriormente y estando ingresado en Cardiología avisan al médico de guardia de la UCI el día 22/09/20 por hipotensión y taquicardia del enfermo. Nos comentan por teléfono que el paciente ha comenzado con dolor y que tenía un hematoma de gran volumen en la región femoral izquierda, en las pruebas de imagen se ha objetivado un pseudoaneurisma con fistula y que presenta sangrado activo. No se ingresa en UCI ya que el cardiólogo responsable nos comenta que se ha puesto en contacto con el Servicio de Cirugía vascular del H hhh3 de xxx2 y ha activado al Servicio de Emergencias Extrahospitalarias para su traslado a dicho centro para intervención quirúrgica urgente. Solicita valoración por nuestra parte para la estabilización previo al traslado (…)".

Séptimo.- El 2 de diciembre de 2021 se nombra instructora del procedimiento y se remite al interesado la notificación del inicio de la tramitación de su reclamación, que es recibida el 9 de diciembre.

Octavo.- El 10 de febrero de 2022 la inspectora médico, instructora del procedimiento, emite un extenso informe en el que considera que procede desestimar la reclamación, realizando el siguiente juicio crítico: "Revisada la documentación y estudiado el proceso, no hay datos que hagan pensar que la asistencia sanitaria prestada a D. yyy1 en la planta de Cardiología del Hospital hhh1 de xxx1, no se ajustara a *lex artis*:

»- Tal como está establecido en el Hospital hhh1 de xxx1 durante el fin de semana el seguimiento de D. yyy1 desde la tarde del 18/9/20 hasta el lunes 21/9/20, ingresado en Cardiología, fue realizado por Enfermería y, atendiendo a la evolución clínica observada en los sucesivos turnos, no se requirió la valoración por el facultativo de guardia.

»-Analizada la información disponible en la historia clínica:

- no se encuentran datos de la gran limitación de la vida diaria descrita por el reclamante, más allá de la debida a su patología ya conocida previa al infarto y al propio infarto.

- ni de que ese menoscabo sea debido a las complicaciones que presentó, que se resolvieron con su tratamiento concreto ya finalizado, sin precisar más revisiones por especialistas pues fue dado de alta en cada servicio".

El informe emitido por la inspectora médica expone el seguimiento realizado al paciente durante su estancia en la planta de Cardiología, tras la realización del cateterismo el 16 de septiembre, en los siguientes términos:

"D. yyy1 considera que fue deficiente su seguimiento en planta de Cardiología del Hospital hhh1 de xxx1 durante el fin de semana (del viernes 18 al domingo 20 de septiembre 2020).

»Los fines de semana no hay visita médica en planta; el control lo hace Enfermería en turnos de mañana, tarde y noche, que requiere al médico de guardia siempre que sea necesario.

»Revisión de la historia clínica:

»- La mañana del jueves 17/9/20 pasa a planta de Cardiología. No se registran incidencias en todo el día.

»- Viernes 18/9/20: se solicita interconsulta a Nefrología para control. La cardióloga emite un informe provisional:

»- Exploración física: pulsos pedios discretamente simétricos. Punciones femorales con hematoma sin masa pulsátil, siendo dolorosa la palpación de la IZD –

»- Sin embargo, no es óbice esa exploración para dar el alta, lo es la DISNEA que refiere el paciente, por ello pauta IECA a dosis baja y considera probable alta el lunes 21/9/20 tras valoración de la analítica.

»- Sábado 19/9/20: sin incidencias.

»- Domingo 20/9/20:

»- A las 4.00 h: avisa por dolor en hemitórax dch que cede al cambiar de postura.

»- A las 20.03 h se anota que está preocupado por el "hematoma en ingle izd desde hace 3 días según el paciente". Es el primer registro que existe de queja del paciente por este motivo:

»- se exploran pulsos: conservados, se le indica observación y que avise si aumenta.

»- se anota "valorar por turno"

»- Lunes 21/9/20: se anota que ha pasado la noche sin incidencias. Le piden las pruebas ecográficas para valorar el hematoma. Pasa buena tarde (…)".

A la vista de todo ello, la inspectora médica concluye que el seguimiento durante el fin de semana se realizó correctamente por enfermería, que no registró incidencias relativas a la región inguinal izquierda, por lo que se deduce que era compatible con lo descrito por la cardióloga y la normalidad de un postcateterismo. Destaca que el paciente tampoco mostró preocupación por el hematoma en la región inguinal hasta el domingo por la tarde, fue explorado por el enfermero que comprobó que conservaba pulsos, indicando al paciente que avisara si aumentaba el hematoma y anotando en la hoja de evolución que se debía valorar por turno, sin considerar precisa la valoración por médico de guardia. Consta también en la hoja de evolución que la madrugada del lunes 21 de septiembre de 2020 la pasó sin incidencias.

Octavo.- El 29 de marzo de 2022 se emite informe, a instancia de la aseguradora de la Administración, por médico especialista en Angiología y Cirugía Vascular, que formula las siguientes conclusiones:

"1. Primera. No encuentro ningún defecto de praxis ni en la indicación, ni en las técnicas diagnósticas ni terapéuticas empleadas en el manejo del infarto de miocardio que sufrió el paciente.

»2. Segunda. El paciente sufrió dos complicaciones vasculares descritas y conocidas en la literatura médica consistentes en:

»- 2.1. Un pseudoaneurisma femoral izquierdo (con especial predisposición en pacientes en tratamiento anticoagulante, como es este caso).

»- 2.2. Una enfermedad tromboembólica venosa (trombosis venosa profunda + embolismo pulmonar) secundarias a la compresión de las venas de la pierna por el pseudoaneurisma.

»3. Tercera. Ambas complicaciones fueron tratadas en tiempo y forma adecuados y evolucionaron de modo satisfactorio mediante una lenta mejoría hasta su completa resolución. No podemos estar de acuerdo con las afirmaciones vertidas por el paciente en su demanda que hacen referencia a un "estado de salud que ha empeorado gravemente" o a "graves limitaciones para su vida diaria" secundarias a un supuesto retraso diagnóstico.

»4. Cuarta. Desde el punto de vista pericial vascular, puedo afirmar, como cirujano con ejercicio hospitalario especializado durante 28 años, que estamos ante una cadena de complicaciones perfectamente posible y, en ningún modo, infrecuente, en pacientes cardiópatas, con coagulación alterada y con factores de riesgo cardiovascular que fueron tratadas de forma correcta conforme a *la lex artis ad hoc*".

Noveno.- El 22 de junio de 2022, a petición del interesado, se remite copia del expediente administrativo y de la historia clínica.

Décimo.- Concedido trámite de audiencia al interesado, este presenta alegaciones el 22 de noviembre de 2022 en las que se ratifica en su solicitud de 8 de julio de 2021 e insiste en que sufrió un grave abandono durante el fin de semana (20 y 21 de septiembre de 2020) y que a pesar de las quejas y de la mala evolución, no se adoptó ninguna medida al respecto.

Undécimo.- El 30 de noviembre de 2022 la inspectora médica, vistas las alegaciones del interesado, se ratifica en su informe de 10 de febrero de 2022.

Duodécimo.- El 14 de octubre de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es informada favorablemente por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad.

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.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g), del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido, más de tres años, desde que se presenta la reclamación (8 de julio de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (14 de octubre de 2024). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable, así como una infracción por parte de la Administración de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, eficiencia, servicio efectivo a los ciudadanos, racionalización y agilidad de los procedimientos administrativos, 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 a la reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en

esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC.

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 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que además se remite el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la 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 la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

No obstante, la jurisprudencia modula 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 aquel que pueda producirse.

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 estén 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 solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo 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 este 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), 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 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 beneficiosa para el paciente".

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración sanitaria o del tratamiento que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Con motivo del examen de algunos supuestos de responsabilidad patrimonial sanitaria, el Consejo Consultivo de Castilla y León, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, ha analizado lo que se ha venido a denominar "teoría de la pérdida de oportunidades" (pérdida de oportunidades terapéuticas). Se trataría de la valoración de la responsabilidad por la disminución o merma de oportunidad de curación, o de minoración de las secuelas, para singularizar aquellos procedimientos en que, por la omisión de una prueba analítica o técnica, de un tratamiento o procedimiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un determinado medicamento más completo, o simplemente por un excesivo retraso, se ha privado al paciente de una posibilidad de curación. En tales casos, al partir de un quebranto de la *lex artis*, debe valorarse el perjuicio de forma proporcional a la pérdida de dicha oportunidad.

La teoría debe ser aplicada con precaución, ya que ha de tenerse presente la dificultad probatoria y la dificultad en la obtención de criterios

objetivos, al tratarse de los problemáticos "daños pasivos" antes referidos. Así, como señala la Memoria del Consejo de Estado del año 2005, "(…) en último extremo se trata de saber qué habría pasado en realidad si no llega a producirse ese error, sobre la base de que es la propia salud del paciente la que en realidad causa el daño, siendo la actividad sanitaria una actividad que concurre con ese nexo de causalidad pero de imposible constatación de cuál habría sido entonces el resultado final, ya que solo si el servicio se hubiera prestado correctamente se sabría si el resultado resultó en último extremo un éxito o, por el contrario, inútil al no evitar la propia condición del paciente y la evolución de la enfermedad el resultado dañoso que se produjo en cualquier caso. Es la dificultad de valoración de la pérdida de oportunidad de obtener un resultado favorable que nadie, ni siquiera el mejor funcionamiento posible de los servicios sanitarios puede en realidad garantizar, lo que se intenta valorar, sin que por definición haya parámetros totalmente objetivos para poder imputar el daño al funcionamiento del servicio, ya que es perfectamente posible que, aunque hubieran funcionado a la perfección los servicios sanitarios y conforme al estado de arte en el uso de la tecnología médica, no se puede probar que se habría evitado el resultado dañoso que en último extremo se produjo, pudiendo sin embargo argumentarse que, si hubieran funcionado correctamente los servicios sanitarios, quizás se habría producido otro resultado más favorable para la salud del paciente".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio recogido en la propuesta de orden y considera que la reclamación debe desestimarse.

El interesado considera, en primer lugar, que el seguimiento realizado en el Hospital hhh1 de xxx1 tras el cateterismo que se le practicó 16 de septiembre de 2020 en el Hospital hhh2 de xxx2 no fue correcto, puesto que, a pesar de los dolores y del hematoma que presentaba, se demoró el abordaje terapéutico de esa clínica y no fue hasta el 22 de octubre cuando se diagnosticó un pseudoaneurisma femoral izquierdo, que precisó derivarle al hospital de xxx2 para ser intervenido urgentemente de esta complicación vascular.

Sin embargo, todos los informes médicos emitidos coinciden en afirmar que la atención sanitaria del paciente fue conforme a la *lex artis*, sin que se haya aportado por el interesado informe médico pericial contradictorio que permita alcanzar una conclusión distinta.

El reclamante sufrió una serie de complicaciones tras el cateterismo que le fue practicado, sin incidencias y con una evolución favorable, el 16 de octubre de 2020. En este sentido, el perito de la aseguradora de la Administración expone que "El pseudoaneurisma es un tipo de lesión arterial frecuente tras la realización de cateterismos por vía arterial femoral (sucede entre el 1 % y el 7 % de los casos). El orificio de punción no se coagula correctamente y el sangrado arterial permanece activo, siendo contenido por los tejidos que circundan la arteria dando una sensación a la palpación de un saco pulsátil (falso aneurisma)".

Tras esa intervención en el Hospital hhh2 de xxx2 fue ingresado el mismo día en la UCI del Hospital hhh1 de xxx1. La jefa del Servicio de Medicina Intensiva informó que permaneció asintomático en esa unidad durante 24 horas, y que no presentó dolor, por lo que se decidió el alta a planta a cargo de Cardiología.

El 18 de septiembre de 2020 constan anotaciones de la cardióloga en la historia clínica, en las que indica que en la punción femoral izquierda existe "hematoma, palpación dolorosa, pulso ligeramente atenuado sin masa pulsátil", difiriendo el alta por presentar el paciente disnea y anotando que "realizará control analítico el lunes 21 de septiembre y probable alta". Los días 19 y 20 se realizó el seguimiento en planta de Cardiología por el personal de enfermería, sin incidencias, y no es hasta el día 20 a las 20:03 horas cuando se registra la primera queja del paciente en relación con el hematoma en la región inguinal izquierda, explorándose por enfermería que había pulsos conservados. El día 21 se practica estudio ecográfico del hematoma y, tras pasar esa madrugada sin incidencias, el día siguiente se practica la prueba diagnóstica que confirma el pseudoaneurisma femoral izquierdo, siendo derivado con urgencia al Hospital hhh2 de xxx2 para su intervención quirúrgica.

Por lo tanto, a la vista de lo expuesto, el seguimiento del paciente se realizó de forma adecuada durante el fin de semana por el personal de enfermería en la planta de Cardiología, sin que se considerara necesaria la valoración del facultativo de guardia, a la vista de la evolución clínica observada en los sucesivos turnos, y teniendo en cuenta que la cardióloga había examinado la situación existente el día 18 de septiembre y preveía el alta el lunes día 21.

En cuanto a los perjuicios y lesiones irreversibles alegadas por el reclamante, derivadas del pseudoaneurisma y de la intervención quirúrgica de

urgencia a la que fue sometido el día 22 de octubre, tampoco resultan acreditados.

En este sentido, es concluyente el informe pericial de la aseguradora de la Administración, cuando expone que "Tanto el pseudoaneurisma femoral como la enfermedad tromboembólica venosa son cuadros agudos que, a pesar de su potencial gravedad, una vez tratados, se resuelven de forma satisfactoria y sin secuelas de consideración en la mayor parte de los pacientes"; y que, en el caso concreto del reclamante, "De vuelta a su hospital de origen, el paciente presenta mejoría lenta pero progresiva de todo su proceso cardiológico, vascular, respiratorio y nutricional. Se objetiva un problema de cicatrización de la herida quirúrgica inguinal izquierda que es manejado, tras el alta, de forma ambulatoria. No hay mayores complicaciones ni secuelas registradas en el historial clínico posterior del que disponemos". En el mismo sentido se pronuncia la Inspección Médica en su informe, en el que concluye que en la historia clínica no se encuentran datos de la gran limitación de la vida diaria descrita por el reclamante, más allá de la debida a su patología ya conocida previa al infarto y al propio infarto, ni de que ese menoscabo sea debido a las complicaciones que presentó, que se resolvieron con su tratamiento concreto ya finalizado, sin precisar más revisiones por especialistas pues fue dado de alta en cada servicio.

Finalmente, ya se ha manifestado en otras ocasiones que el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y pronunciarse únicamente sobre lo que figura en la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que pueda realizar acto de instrucción alguno y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente. En el caso de expedientes de responsabilidad patrimonial por daños derivados de actuaciones sanitarias, cobra especial trascendencia, a los efectos de dictaminar sobre el fondo del asunto, el contenido de los informes médicos que se hayan emitido.

Por ello, sobre la base de los datos obrantes en el expediente, y dado que el reclamante no ha aportado informes médicos o elementos probatorios que puedan desvirtuar las afirmaciones contenidas en el informe de la Inspección Médica y en los demás informes médicos, y permitan a este Consejo alcanzar una conclusión diferente, no puede considerarse acreditado el

necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, y tampoco que se haya producido una pérdida de oportunidad.

III
CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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