

Expediente Núm. 162/2011
Dictamen Núm. 374/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de diciembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de la Presidencia del Principado de Asturias de 24 de mayo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de julio de 2010, la reclamante presenta en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la, entonces, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por daños y perjuicios que atribuye a una “negligencia médica” ocurrida desde el día 1 al 18 de agosto de 2009, en el Servicio de

Urgencias del Hospital "X", y en los Servicios de Urgencias y Urología del Hospital "Y".

Refiere que el día 1 de agosto de 2009 su esposo sufría un fuerte dolor al orinar y acudió a su centro de salud; "allí, el médico le dijo que tenía infección de orina y que debía tomar antibióticos, tratamiento que inició ese mismo día. Sin embargo, esa noche su situación se agravó, con retención de líquido, piernas hinchadas y malestar general y dejó de orinar./ Con esa sintomatología", acudió el día "2 de agosto al Servicio de Urgencias del (Hospital `X´), donde le realizaron (...) `analítica (...), Rx de abdomen´ (...). Se le diagnostica `retención urinaria, hematuria a estudio, anemia a estudio´" y fue enviado a su domicilio con fuertes dolores, "para que fuera estudiado su caso por el centro de salud y solicitase consulta preferente de urólogo".

Sigue relatando que el paciente "ese día y noche no pudo descansar; a su situación anterior se une falta de respuesta del intestino con estreñimiento"; que "deciden acudir nuevamente al Servicio de Urgencias del (Hospital `X´) (...) el día 3 de agosto, donde se le realiza nuevamente una analítica, Rx de Tórax, electrocardiograma, y cuyo resultado según consta en informe de Urgencias fue de `infección del tracto urinario y hematuria (...)', se le puso `un enema que resultó efectivo', se indica `mejoría clínica' y (...) se le da de alta en Urgencias (...), con el simple cambio del antibiótico que se le había recetado, paracetamol y Seguril. Se le envía a su domicilio con la sonda y con las mismas instrucciones", aunque "continúa con fuertes dolores y sufrimiento generalizado".

El día 4 de agosto, al solicitar consulta preferente al Servicio de Urología, le dan cita para el día 25 de agosto, ante lo que se dirige al médico de cabecera, quien facilita un volante para que su esposo ingrese en el Hospital "Y" el mismo día 4. En el Servicio de Urgencias de este hospital le realizan una ecografía de abdomen en la que se aprecia una "voluminosa masa sólida de 12 x 7 cm aproximadamente en zona media retroperitoneal pélvica, de aspecto neoplásico, probablemente en relación con recto-sigma". Subraya que "este

diagnóstico e informe de radiología es conocido por (la reclamante) meses después, cuando recaba el historial médico de su esposo, una vez fallecido”.

Con dicho diagnóstico, se le ingresa en el Hospital “Y”, donde una facultativa del Servicio de Urgencias “le informa que su esposo tiene una masa, sin determinar si era benigna o maligna, y que debían esperar porque estaban reunidos el Servicio de Cirugía y de Urología para determinar a qué equipo (...) le correspondería tratar al paciente”. Finalmente, una doctora del Servicio de Urología le explica “que su marido tenía una masa que oprime los riñones y uréteres y que, al tratarse de una persona joven, había que hacer todo lo posible para curarle, que había que hacerle urgentemente un escáner (...) así como una biopsia (...) y con los resultados de las pruebas se le pondría un tratamiento”. Dice que el paciente pasa a planta “sin un previo tratamiento farmacológico, con sonda (...), fuertes dolores, hinchazón, malestar general y con el tratamiento único del Seguril”.

El día 7 de agosto le efectúan un TC abdominal, en el que se aprecia “gran masa abdomino-pélvica cuya etiología y origen no puede precisar aunque por sus características y situación habría que considerar tumor de origen mesenquimal (GIST) con signos de malignización-carcinomatosis peritoneal”. La reclamante dice que conoció este diagnóstico meses después, que “nadie le informó de las lesiones que padecía, de la situación del tumor y de las consecuencias del mismo, del hecho de que (...) su pronóstico era de muy grave y de resultado negativo; ningún médico, cirujano o urólogo les manifestó su intención de realizar una intervención quirúrgica, un tratamiento médico o la posibilidad de administrarle un tratamiento que paliase” sus dolores.

Señala también que el día 11 de agosto, un facultativo del Servicio de Cirugía “le indicó (...) de forma descortés y desconsiderada (...) que ‘lo que tiene su esposo no es una masa sino un «masón», y no se qué cirujano lo puede abrir’”, y que el día 13 del mismo mes, otro facultativo del mismo Servicio, tras solicitar una punción para biopsia, le manifestó “creemos que es

un tumor de GIST, lo vamos a poner en tratamiento y tiene curación". Dice que la punción se realizó el día 12 y la ecografía el 14.

Sigue narrando que el día 12 de agosto la sonda dejó de ser efectiva y la retención urinaria era total, y que hasta el día 15 no se le realizó al paciente una nefrostomía, y ello tras derivarlo al Hospital "X" por falta de personal en el Hospital "Y"; además, aunque el paciente había llegado al Hospital "X" a las 17:00 horas, la nefrostomía se realizó a las 21:35 horas, no llegando al Hospital "Y" hasta las 00:00 horas del día 16 de agosto. Considera que este traslado y tiempo de espera agravaron la situación del paciente y no se habrían producido si en el Hospital "Y" hubiera existido personal para realizar la nefrostomía.

Añade que en esa fecha el paciente "presentaba un cuadro de insuficiencia renal aguda multifactorial", pero ningún médico le explicó "el estado de gravedad de su esposo". El paciente falleció el día 18 de agosto en el Hospital "Y", "padeciendo fuertes dolores, hinchado (...), con un cuadro de parada cardiorrespiratoria y fracaso multiorgánico".

La reclamante considera que el Servicio de Urgencias del Hospital "X" no valoró correctamente la patología de su esposo, y reprocha omisión de ecografía de abdomen. Dice que no se siguieron los protocolos de actuación, no se estudió el resultado de las analíticas, y que no se supo interpretar la placa de Rx. Por lo que se refiere al Hospital "Y", estima que "se actuó con escasa diligencia, ya que una vez conocido que lo que padecía el paciente era tumor de GIST (...) ningún tratamiento se le administró ni ninguna intervención se le pautó".

Especifica que desde el año 2001 se diagnostica el GIST "con una fiabilidad cercana al 100%, siendo fundamental el análisis de sangre y orina, el test de sangre oculta en heces, simples pruebas radiológicas, endoscopia digestiva, escáner o TAC, y RMN, y fundamentalmente la biopsia", y que "la cirugía sigue siendo el tratamiento principal del GIST, pero cuando la cirugía ya no es una opción existe (...) una terapia eficaz con fármaco, Glivec".

Sostiene que la mala praxis le quitó esperanza de vida a su esposo.

También reprocha "ausencia de información al paciente, nadie explicó (...) qué era lo que padecía", por qué tenía retención de orina y estaba tan hinchado, "el tipo de tumor que padecía, su tratamiento médico y farmacológico, o de las posibilidades de éxito si se llevaba a cabo una intervención quirúrgica"; también censura que no se les hubiera informado de que el tratamiento existente no podía ser administrado por el Hospital "Y", ya que "hubieran acudido a la medicina privada".

Valora el daño "en este momento" en una cuantía "indeterminada superior a 18.030 €", interesando indemnización del daño sufrido.

Propone como medio de prueba: a) Que se recaben informes médicos del Servicio de Urgencias del Hospital "X" b) Que se recaben informes médicos del Hospital "Y" c) Que se requiera al Jefe del Servicio de Urología del Servicio de Urgencias del Hospital "X" "para que aporte (...) el protocolo de actuación del Servicio de Urgencias instaurado (Sistema Manchester)" en dicho hospital y que "debe operar ante un paciente de 57 años, sin antecedentes renales y con la patología descrita (...) y que concreten si el protocolo a seguir es el mismo si ese paciente ante su malestar generalizado y agravado se continúa sin ser ingresado y estudiada la procedencia de la patología". d) Que se "recabe informe de la doctora" que identifica, del Servicio de Urología del Hospital "Y", para que conteste a las siguientes preguntas: "Qué información transmitió al (paciente) y a su esposa el día 4 de agosto de 2009 (...). Diga ser cierto que les manifestó su intención de intervenir quirúrgicamente al (paciente) (...). Que explique el motivo por el cual no se le realizó inmediatamente el día 5 de agosto de 2009 un TC de abdomen, y una biopsia cuando había explicado la necesidad de realizarla de forma urgente (...). Que manifieste qué tratamiento farmacológico se le administró al (paciente); (...) por qué motivo no se le administró ningún tratamiento para el tumor de GIST (...). Por qué motivo no informaron al paciente y a (su esposa) de la patología de éste, tratamiento y posibilidades de curación; por qué (...) se quejó el día 15 de agosto de 2009, ante la esposa del (paciente) y la hermana de ésta, de la falta de información

por parte de las enfermeras y resto del personal médico del Servicio de Cirugía, quienes no le habían informado de que la sonda no era efectiva desde el día 12 de agosto y el paciente estaba cada vez más hinchado y en condiciones muy lamentables (...). Que explique cuál fue el motivo por el cual el Servicio de Urología del Hospital "Y" no disponía de servicio para realizar una nefrostomía; (...) cuál fue el motivo de la falta de entendimiento que existió entre el Servicio de Urología y el de Cirugía del Hospital "Y" y que manifieste si esa falta de entendimiento fue el motivo por el que no se procedió a intervenir quirúrgicamente al (paciente) (...). Por qué motivo se descartó la intervención quirúrgica del (paciente). (...). Que manifieste (...) si considera que hubo negligencia en alguna fase del proceso de diagnóstico desde el día 2 de agosto al 18 de agosto de 2009", interesando asimismo "aclaraciones que la doctora considere necesario realizar".

Por último, solicita "Que se recabe informe del doctor" que identifica del Servicio de Cirugía del 'X' para que conteste a las siguientes preguntas: "Que manifieste si considera que el tumor de GIST tiene tratamiento médico y/o farmacológico./ Que explique, si la anterior es contestada en sentido positivo, que tratamiento debe ser aplicado en este tipo de tumores, especificando tratamiento farmacológico y médico/quirúrgico./ Que manifieste qué tipo de tratamiento se está dando a los paciente del (HC) con un tumor de GIST (...). Si conoce la terapia con fármaco Glivec (Mesilato de Imatinib) y que explique si en su opinión era apropiado para el (esposo de la reclamante). En caso contrario, explique cuál era el tratamiento adecuado (...) en su opinión", así como aclaraciones que considere necesario realizar.

Adjunta los siguientes documentos: a) Certificación de defunción correspondiente al paciente, del día 18 de agosto de 2009. b) Anotación de Libro de familia en la que consta el matrimonio del fallecido y la reclamante. c) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X" del día 2 de agosto de 2009, en el que consta que el hoy fallecido acudió por "Retención urinaria de \approx 12 h de evolución + Edemas MMII (...). Refiere haber acudido previamente a MAP que

le objetivo ITU en tira de orina y le pautó tto. antibiótico que no recuerda. No refiere antecedentes de prostatismo, ni fiebre, ni otra clínica infecciosa. Ahora refiere dolor suprapúbico, que alivia tras sondaje, con hematuria macroscópica. Refiere inicio desde ayer de edemas en MMII". Consta exploración, analítica, Rx abdomen y que se procede a lavados vesicales. Se diagnostica retención urinaria y hematuria y anemia a estudio. Se ordena mantener sonda, repetir analítica en su centro de salud en 7 días y solicitar consulta preferente Urología, pautando "Zynat". d) Informe del Área de Urgencias del Hospital "X" del día 3 de agosto de 2009, en el que consta que "hoy viene con el sondaje (...), edemas con fóvea hasta la rodilla. Refiere ingesta \approx 2 litros y orina de \approx 250 cc". Consta exploración, analítica, ECG, Rx Tórax y se diagnostica "Infección del tracto urinario, y hematuria en paciente sondado ayer por RAO./ Edemas EEII 2º a oliguria por RAO (...). Estreñimiento de 3 días (probable íleo paralítico en relación con el cuadro. Enema efectivo puesto en Urgencias, mejoría clínica)". El plan es "Cambio antibiótico (...). Paracetamol (...) si molestia hipogastrio./ Seguril (...). Elevar EEII en casa./ Control analítica en C. Salud (...). Acudir cita prevista preferente Urólogo". e) Reclamación formulada por la ahora reclamante el día 25 de agosto de 2009, en la que denuncia "la total desatención sufrida por mi marido (...), por parte de la enfermera que estaba de servicio el pasado 17 de agosto en el turno de noche en la planta 3ª" y contestación de la enfermera denunciada. f) Documentación relacionada con procedimiento seguido por la Agencia Española de Protección de Datos contra el Hospital "Y" a instancia de la ahora reclamante, "por haber sido denegado el derecho de acceso de sus datos personales".

2. Mediante escrito de fecha 4 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Por oficios del día 19 de julio de 2010, un inspector de prestaciones y servicios sanitarios del Servicio instructor solicita a las gerencias del Hospital "X" y del Hospital "Y" copia de la historia clínica, e informe de los Servicios de Urgencias y de Cirugía General y de Urología.

4. Mediante escritos fechados el 5 de agosto, el 28 de septiembre y el 1 de octubre de 2010, el Gerente del Hospital "Y" remite, entre otros documentos, historia clínica, informe del Servicio de Urología e informe del Servicio de Cirugía General.

La historia clínica incorpora, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de interconsulta del día 4 de agosto de 2009, del centro de salud para el Servicio de Urgencias Generales por retención de orina, relativa al "paciente, que hace 17 días consulta por molestias hipogástricas con disuria con exploración normal. Hace una semana comienza con edemas en MMII y aumento del perímetro abdominal. Hace 4 días que presenta hematuria (...). Anemia y elevación de creatinina. Persiste clínica por lo que derivó para valoración". b) Hoja de curso clínico en el Servicio de Urología, desde el 4 de agosto de 2009. Se anota que "se realiza eco abdomen donde se observa masa sólida de 12 x 7 cm en retroperitoneo de aspecto neoplásico (...). Ureterohidronefrosis bilateral". Consta exploración física, resultados analítica, diagnóstico de "uropatía obstructiva./ Masa retroperitoneal", y plan de solicitud de TC abdominal, control analítico" y urinocultivo. Constan anotaciones de los días 5 y 6, según las que persisten los edemas y resultado de la analítica; 7 y 8, con febrícula y resultados de analítica. El día 9 se anotan hallazgos en TC abdominal, "gran masa (...) de etiología y origen que no se puede precisar, aunque por caracterización y situación habría que considerar tumor de origen mesenquimal (GIST) con signos de malignización-carcinomatosis peritoneal". También constan resultados de analítica, urinocultivo; que "ayer refieren las enfermeras que la diuresis era escasa y comentado con Urólogo (...), se cambia

sonda vesical, con orina mínimamente hematórica". Se solicita 2 CH y control postransfusión y consulta a cirugía general. El día 10 se anota "paciente afebril y sin dolor. Mejor de los edemas (...), reservamos otros 2 CH. Analítica postransfusión./ Pte. de cta. a C. General, pues parece de origen abdominal, más que retroperitoneal". El día 11 de agosto, consta que "pasa a Cirugía./ Posible GIST metastático./ Solicito TAC punción", y que "avisan por sensación disneica repentina (...). A la exploración ya se encuentra asintomático", se pide gasometría. El día 12 se anota que "avisan por dolor", constandingo exploración, ajuste de tratamiento y petición de consulta a digestivo. La anotación del día 13 se refiere a la realización de TAC punción, estar pendiente de digestivo y petición urgente de eco-drenaje. El día 15 de agosto se anota que el paciente está "muy distendido con matidez (ascitis). Refiere cierta disnea e intolerancia alimenticia./ Anuria desde hace 48 h". Se solicita paracentesis evacuadora, consulta a Urología y analítica urgentes. A las 14:15 horas se anota el resultado de la analítica. El día 17 de agosto se anota "mal estado general. En declive clínico". c) Hojas de enfermería con varias anotaciones diarias desde el 4 al 18 de agosto de 2009. d) Hoja de consulta médica del Servicio de Urología al de Cirugía General el día 9 de agosto de 2009, en la que consta que el día 11 pasa a Cirugía. e) Hoja de Consulta Médica del Servicio de Cirugía al de Digestivo, del día 12. Consta que el día 13 se realizó exploración abdominal y se intentó paracentesis en dos ocasiones. f) Hoja de consulta médica del Servicio de Cirugía al de Urología del día 15 de agosto, por anuria de 48 horas de evolución, en la que constan resultados analítica y que "dadas las características de la masa y la anuria probablemente obstructiva, creemos indicado colocación de nefrostomía bilateral, la cual gestionaremos". A las 16:00 horas del mismo día 15 se anota "gestionamos nefrostomía bilateral:/ Hablado con la familia./ Hablado con Cirugía General./ Hablado con Urología./ Radiología Vasculardel Hospital `X` aceptan". A las 23:30 horas se anota "me llama a las 21:30 horas el Urólogo de guardia del Hospital `X` para decirme que se le ha colocado una única nefrostomía y que viene el paciente para `Y`/

A estas horas aún no ha llegado./ Dejo cursada analítica para mañana para control de función renal". A las 15:30 horas del día 16 se anota "ayer nefrostomía izq. `X´./ Realiza lavado, está permeable, orina algo hematúrica (...). Hoy también se realizó punción y colocación de tubo de drenaje de líquido intraperitoneal./ Mantengo en absoluta para posible nefrostomía dcha. mañana. (Hago volante, pte. avisar a Rayos). A las 20:00 horas del mismo día 16, se anota "dada la situación del paciente, y tras hablar con Nefrología, mañana reevaluar de nuevo la necesidad de nefrostomía dcha. (no tramito el volante)". El día 18 se hace constar "día 17-8-09 contestado en la hoja de M. Interna. Nefrostomía permeable (...). Muy mal estado general". g) Hoja de Consulta de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna el día 16 de agosto. Consta como motivo de consulta "IRA", que el paciente "lleva 3 días en anuria y ayer, tras nefrostomía, diuresis \pm 500 cc, hipotensión sostenida, leucocitosis importante. Piden IC Urg., porque tras nefrostomía continúa (aumento) de K y Cr". Consta exploración con, entre otros datos, "mal aspecto general, taquipneico en reposo, palidez cutánea (...). Edemas con fóvea hasta ingle" y diagnóstico de "IRA con probable componente prerrenal y renal./ Edemas en MMII, 2º a compresión de masa (...). GIST retroperitoneal + ascitis hemática 2ª?" y plan consistente en solicitar pruebas, pautar tratamientos y solicitar "IC Urg. a Nefro. para mañana x valoración diálisis./ Si empeoramiento avisar a Nefro.". El día 17 se anota "paciente con muy mal estado general. Empeoramiento de la función renal. Nefrostomía normofuncionante. Se hacen lavados y se comprueba buena colocación./ En principio, con un riñón desobstruido no se explica el empeoramiento renal por causas obstructivas./ Parece que requiere manejo nefrológico". h) Hoja de Consulta al Servicio de Nefrología, en la que consta anotación del día 16 de agosto a las 20:15 horas, según la que "me avisan por paciente que presenta FRA multifactorial, y de base un tumor retroperitoneal que obstruye bilateralmente los uréteres + ascitis". Consta anamnesis, exploración y como impresión diagnóstica, "FRA de origen obstructivo, complicado con gran tercer espacio./ Hipo Na⁺ severa.

Acidosis compensada”, consta plan y que “comento con la hermana las dificultades de la situación actual y sobre todo de su manejo. La HD, si es precisa, será tormentosa con estas PAS./ Mal pronóstico renal. Al parecer, el tumor podría responder a Qt.”. El día 17 se anotan datos de constantes y exploración y “muy mala situación (...). Realmente no se bien si la oliguria depende de mal funcionamiento de la nefrostomía, o más probable tercer espacio (ascitis) o ambas cosas./ Por nuestra parte, no hay mucho que hacer, ya que la diálisis sería muy complicada”. A las 23:00 horas del mismo día se hace constar que “insiste la familia que quiere agotar todas las posibilidades y que le dialice./ Dado que no hay un diagnóstico de certeza anat. patolog. decido dializar (...). Mala tolerancia”. El día 18 se anota “ha sido exitus”. i) Hoja de órdenes de tratamiento en la que constan anotaciones diarias. Los días 12 a 14 se ordena, entre otros extremos, control de diuresis. j) Informe de ecografía abdominal urgente del día 4 de agosto de 2009 con hallazgo de “voluminosa masa sólida (12 x 7 cm aproximadamente)”. k) Informe de TC abdominal realizado el día 7 de agosto de 2009, con hallazgo de “gran masa” que “presenta unos diámetros aproximados de 25 cm craneocaudal x 12 cm anteroposterior x 14 cm en diámetro transversal”. Se concluye “gran masa abdomino-pélvica cuya etiología y origen no puede precisar, aunque por sus características y situación habría que considerar tumor de origen mesenquimal (GIST) con signos de malignización-carcinomatosis peritoneal”. l) Informe de ecografía abdominal urgente realizada el día 14 de agosto de 2009, en la que “continúa observándose una gran masa que ecográficamente es mayor en la actualidad que en el estudio previo del 4-8-2009, más localizado en zona alta del abdomen” y se realiza marcaje cutáneo para paracentesis evacuadora. m) Informe de biopsia de masa abdominal realizado el día 14 de agosto de 2009 e informe anatomopatológico del día 19, con diagnóstico de “tumor estromal gastrointestinal (GIST). n) Resultados de analíticas realizadas los días 4, 5, 6, 8, 9, 11, 15, 16, 17 y 18 de agosto de 2009. o) Informe del Servicio de Cirugía, datado el 3 de septiembre de 2009, en el que se hacen constar los

antecedentes, la enfermedad del paciente, los estudios complementarios que se le realizaron, así como las interconsultas solicitadas y que “el paciente experimenta durante su ingreso un deterioro importante, con episodios de disnea, oliguria y anuria, que acaba en un fracaso renal agudo (...). La evolución clínica del paciente continúa empeorando, pese a los tratamientos realizados, concluyendo con el fallecimiento”. El diagnóstico es “GIST metastático. Fracaso renal agudo”. p) Hoja de informe de necropsia fechado el 9 de febrero de 2010, relativo a autopsia parcial de cavidad abdominal con, entre otros hallazgos, GIST, “con amplias zonas de necrosis y predominio de células pequeñas indiferenciadas que afecta al peritoneo, meso del intestino delgado y grueso, retroperitoneo, tejidos periprostáticos, tejidos conectivos peripancreáticos y mucosa vesical”. Microscópicamente se aprecia “mesenterio con masas tumorales de aspecto necrótico. Múltiples y numerosas masas tumorales intraabdominales adheridas preferentemente al intestino delgado y grueso (...) masa intravesical de 6 x 5 cm en cara posterior (lado izquierdo)”. Microscópicamente se aprecia “neoplasia de células pequeñas, sin apenas citoplasma, con mitosis muy frecuentes”.

El informe del Servicio de Urología, de 23 de septiembre de 2010, indica que el paciente “permaneció a cargo del Servicio desde los días 4 a 11, tomándose durante este tiempo las siguientes medidas:/ Solicitud y realización de pruebas complementarias para orientar el diagnóstico (...) en el orden secuencial y la premura habitual en estas situaciones./ Seguimiento y valoración continuado del estado clínico del paciente, pautándose el tratamiento necesario según su estado y sintomatología (medicación y hemoderivados). No procedió en estos días otro tipo de tratamiento específico frente a un tumor aún no confirmado histológicamente (se biopsia el día 13 y se informó el resultado el 19)”. Sigue informando que “A la vista de resultados del TC abdominal, obtenidos el día 9, donde se sospechaba un tumor retroperitoneal gastrointestinal (...), se solicitó interconsulta preferente al Sº de Cirugía General, especialidad que se ocupa del tratamiento de estos tumores, que

respondió el día 11 y decidió trasladar el paciente a su cargo ese mismo día, aunque continuara en la misma planta". Hace constar que "En el momento del cambio del Servicio, el paciente seguía manteniendo una diuresis normal, conservando los mismos niveles de creatinina sérica y una hemoglobina postransfusional similar a su ingreso. Es decir no había presentado un empeoramiento clínico detectable". Sigue relatando que "A partir del día 11, el paciente depende del Servicio de Cirugía General (...) (que) solicitó nuestra colaboración el día 15 (...), comprobamos oligoanuria obstructiva y solicitamos colocación de nefrostomía de descarga urgente. Al no disponer el Centro ese día de un radiólogo para asumir dicha técnica y siguiendo el procedimiento habitual cuando se da esta circunstancia fue remitido al 'X'". Añade que "El Servicio de Urología (...) siguió colaborando en el control de la permeabilidad del catéter colocado y de la respuesta diurética obtenida, proponiendo al Servicio de Nefrología dializar al paciente dada su situación clínica, su insuficiencia renal aguda persistente y la sospecha de un tumor en fase avanzada pendiente de confirmación biópsica". Considera que "el Servicio de Urología en todo momento ha prestado una asistencia responsable en el diagnóstico y tratamiento de este paciente, así como en la colaboración por las complicaciones surgidas cuando se ha solicitado la misma" y adjunta informe pormenorizado de detalles asistenciales.

El día 1 de octubre de 2009, el Servicio de Cirugía informa que "el paciente pasó del Servicio de Urología (...) al Servicio de Cirugía el 11-08-09 con diagnóstico de posible GIST metastático establecido en TAC de 7-8-09 donde había datos radiológicos que describían el tumor como muy evolucionado./ El TAC punción de 14-08-09 confirmó que se trataba de un GIST./ Dado lo avanzado del proceso el paciente evolucionó desfavorablemente falleciendo el 18-08-10. La autopsia confirmó que se trataba de un tumor diseminado".

5. Por oficios de 13 y 27 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite copia de la historia clínica así como informe del Servicio de Urgencias, datado el 26 del mismo mes, que relata la asistencia dispensada al paciente los días 2 y 3 de agosto de 2009.

En la historia clínica figuran los informes del Área de Urgencias de los días 2 y 3 de agosto de 2009, adjuntos a la reclamación y los siguientes documentos: a) Hoja de observaciones de enfermería del día 2 de agosto de 2009, en la que consta como motivo de queja "retención urinaria + edemas piernas", como motivo de consulta "problemas urinarios", como discriminador "retención urinaria" y prioridad "Amarillo". En T. Manchester consta "09:42 h 02-08-2009". b) Hoja de observaciones de enfermería del día 3 de agosto de 2009, en la que consta como motivo de queja "estuvo en este Servicio ayer por retención de orina y edemas. Refiere que orina muy poco y que tiene estreñimiento y continúa con edemas", como motivo de consulta "adulto con mal estado general", como discriminador "instauración rápida" y prioridad "Amarillo". En T. Manchester consta "06:43 h 03-08-2009".

6. Por oficio de 13 de octubre de 2010, el inspector de prestaciones remite a la Gerencia del Hospital "Y" las preguntas propuestas por la reclamante, para que por quien corresponda y a la mayor brevedad, se de contestación a las mismas.

7. Con fecha 14 de octubre de 2010 el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios acuerda "acceder en su integridad a la práctica de las pruebas A y B, mediante la incorporación al expediente las historias clínicas del perjudicado obrantes" en el Hospital "X" y en el Hospital "Y"; "acceder parcialmente a la realización de las pruebas D y E, oficiándose a los Jefes de Servicio de Urología y Cirugía General del Hospital "Y" para que, por quien corresponda, contesten a varias de las preguntas propuestas por la parte reclamante. Respecto a la prueba D, no se ha accedido a formular la pregunta 4ª, toda vez que el tratamiento farmacológico administrado al

perjudicado está recogido en las hojas de órdenes médicas de su historia clínica (...); tampoco a formular la pregunta 8ª, porque en el informe del Servicio de Urología (...) se explica el motivo por el cual al perjudicado no se le pudo realizar una nefrostomía en el Hospital `Y´; ni la pregunta 11ª, ya que no corresponde a la facultativa citada pronunciarse sobre la existencia o no de una supuesta negligencia en el diagnóstico en el caso que nos ocupa. En relación con la prueba E, no se ha considerado oportuno formular la pregunta 1ª, por cuanto el tratamiento médico y/o farmacológico del tumor de GIST es de necesario conocimiento de cualquier cirujano general” y “denegar la práctica de la prueba C, toda vez que se ha incorporado al expediente informe del Coordinador del Servicio de Urgencias” del Hospital “X” en el que se “detalla la asistencia prestada al perjudicado y, a tenor del cual, la asistencia prestada parece correcta y adecuada, y, en todo caso, conforme con la *lex artis*”. Consta notificado a la reclamante el día 21 de octubre de 2010.

8. El día 28 de octubre de 2010 el Jefe del Servicio de Cirugía General informa que “sí, los GIST tienen tratamiento médico y/o farmacológico, además de tratamiento quirúrgico”; que “el tratamiento que debe ser aplicado en este tipo de tumores es distinto según las diversas situaciones./ La resección quirúrgica de un GIST debe considerarse la primera opción terapéutica siempre y cuando tal resección sea técnicamente posible, no haya evidencia de enfermedad metastásica y conlleve una morbi mortalidad aceptable./ En presencia de enfermedad metastásica puede ser necesaria la intervención quirúrgica con carácter paliativo en casos de hemorragia o síndrome compartimental abdominal”. En relación con el tratamiento farmacológico con Imatinib Mesilato (Glivec), informa que en el caso del paciente, “hubiera estado indicado si no hubiera presentado insuficiencia renal con anuria, y hubiese sido intervenido quedando enfermedad residual irresecable; es decir, una resección R1-R2”. Cita bibliografía.

9. El día 2 de noviembre de 2010, el Jefe del Servicio de Urología del Hospital "Y", escuchados los médicos del servicio que atendieron a este paciente, expone que "el día 4 de agosto de 2009, se informó al (fallecido) y a su esposa, que el paciente debía quedar ingresado en el hospital, para realizar estudios por el hallazgo ecográfico de una masa retroperitoneal de naturaleza incierta"; que "en ningún momento se les manifestó la intención de intervenir al paciente, dado que en ese momento no existían pruebas suficientes para una actuación terapéutica específica dirigida al proceso que padecía y cuya naturaleza aún se desconocía"; que "no se les habló de la necesidad de una biopsia urgente con los datos ecográficos disponibles y sí se les comunicó la necesidad de practicar un TAC abdominal, cuya petición se cursó el mismo día 4 con carácter preferente. No es preceptivo el TAC/Biopsia inmediato en el estudio de las masas retroperitoneales salvo urgencia vital por complicación, que obligue a un gesto terapéutico específico y urgente, situación ésta que no presentaba el paciente, ni era previsible en las horas siguientes"; que "no es competencia del Servicio de Urología administrar ningún tratamiento específico para el GIST"; que "durante el tiempo que el paciente estuvo a cargo del servicio de Urología se les informó de la evolución clínica diaria así como de la información disponible, es decir: la existencia de una masa retroperitoneal de naturaleza desconocida. Parece fácil entender que no procedía aún hablar de tratamiento específico o de posibilidades de curación con estos datos./ Tras la realización de TAC abdominal, se sospechó la existencia de un GIST y puesto que el diagnóstico y tratamiento de esta entidad son competencia del Servicio de Cirugía, se pidió interconsulta para trasladar al paciente a su cargo, como así hicieron. Compete pues a ese Servicio por razones obvias, proporcionar la información que estime más adecuada tanto de las pruebas diagnósticas pendientes como del tratamiento, evolución y pronóstico de la enfermedad"; que "la doctora (indicada por la reclamante) afirma no haber manifestado en ningún momento ante los familiares ninguna queja sobre la situación clínica del paciente y la actuación del Servicio responsable, limitándose a evaluar con

carácter de urgencia la situación de oligoanuria que el paciente presentaba el día 15, comprobando el correcto funcionamiento de la sonda vesical y sentando la indicación de nefrostomía percutánea desobstructiva urgente, de común acuerdo con el doctor” que indica; que “en ningún momento ha existido falta de entendimiento entre los servicios de Urología y Cirugía General del Hospital ‘Y’”. Se insiste de nuevo en dos hechos: el día 9 de agosto, una vez sospechado el GIST y sabiendo que su diagnóstico y tratamiento es competencia del Servicio de Cirugía General, se le cursa interconsulta y una vez visto el paciente, lo acepta y pasa a su cargo, responsabilizándose de su control y tratamiento. Cuando el Servicio de Cirugía, días después, detecta la oligoanuria solicita nuestra colaboración e inmediatamente el Servicio de Urología indica y facilita la colocación de la nefrostomía percutánea”; “que es responsabilidad del Servicio de Cirugía decidir si debe, cuándo y cómo intervenir a este paciente, en razón del proceso tumoral que se sospechaba y demostró que padecía. No le corresponde pues al Servicio de Urología entrar en otras consideraciones”.

10. Con fecha 25 de noviembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el Informe Técnico de Evaluación. Dice que “los tumores del estroma gastrointestinal o GIST son (...) poco frecuentes con una incidencia de 4-10 casos/millón de habitantes/año”. En cuanto a la valoración del caso, hace constar que la actuación del servicio de Urgencias del Hospital “X” “fue correcta, pues con los datos anamnésticos, exploratorios y de los estudios complementarios el diagnóstico de infección del tracto urinario estaba plenamente justificado. Igualmente, la actitud tomada (...) parece adecuada a la vista de su buena respuesta a las maniobras terapéuticas realizadas en el Servicio de Urgencias en ambas fechas”. Concluye que “la actuación de los profesionales que intervinieron en la atención sanitaria prestada al perjudicado fue correcta y adecuada a la *lex artis* y que el lamentable desenlace no guarda ninguna relación de causalidad en la actuación de la Administración sanitaria, sino que es producto de la alta letalidad de un tumor muy diseminado y de las

complicaciones surgidas como consecuencia de ello, lo que produjo un rápido e inexorable deterioro del estado del paciente abocado a un fallo multiorgánico y su ulterior fallecimiento”.

11. Mediante escritos de 10 de diciembre de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

12. Obra incorporado al expediente informe de una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, datado el 19 de marzo de 2011, realizado colegiadamente por tres especialistas en Cirugía General y Digestivo y un especialista en Cirugía General. Señalan que los GIST “representan un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático (sarcoma) (...). Su incidencia en las series estudiadas es de 4-10 casos/millón de habitantes/año”. Señalan que “los GIST frecuentemente cursan de forma asintomática especialmente en etapas precoces de la enfermedad, constituyendo a menudo un hallazgo endoscopio o radiológico”. Concluyen que “a este enfermo se le realizaron las pruebas necesarias para llegar a un diagnóstico correcto y que lo avanzado del proceso (tamaño del tumor, diseminación metastásica peritoneal, invasión de órganos, etc.) y su rápida evolución (18 días) no permitieron establecer ninguna clase de tratamiento” y que “todos los profesionales que atendieron al enfermo, demostraron su alto grado de preparación, y conocimiento de los últimos avances de la medicina, actuando en todo momento conforme a la lex artis”.

13. Mediante escrito de fecha 6 de abril de 2011, se notifica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le requiere para que concrete la evaluación económica del daño o perjuicio causado, con advertencia de desistimiento.

El día 11 de abril se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por doscientos sesenta y un (261) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

14. Mediante escrito presentado en el registro general de la Administración del Principado de Asturias el día 26 de abril de 2011, la reclamante se afirma y ratifica en su petición inicial. Se opone a los informes vertidos. Alega desconocer que el tumor tuviera signos de malignización, y dice que las consideraciones vertidas en los Servicios de Urología y Cirugía son nuevas para ella.

Se pregunta por qué no se pasó a su esposo al Servicio de Cirugía hasta el día 11 de agosto si el día 7 se conocía que el tumor presentaba signos de malignización, y por qué este Servicio no realizó ninguna actuación ni explicó a la familia que era necesario paliar la insuficiencia renal antes de intervenir al paciente o administrarle el Glivec. A su juicio "es claro que hubo una falta de atención o descoordinación" entre dichos Servicios y afirma que su esposo "falleció por encontrarse" el Hospital "Y" "inmerso en pleno período estival en el mes de agosto y en las fiestas de la Semana Grande".

Reprocha que se diera de alta al paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", con la sintomatología que presentaba, "suficiente para (...) dejar al paciente en observación y/o practicarle otras pruebas más concluyentes", en cuyo caso "el tumor de GIST hubiera sido tratado correctamente y no nos encontraríamos ante una imposibilidad de tratamiento quirúrgico por presentar insuficiencia renal con anuria". Considera que esta actuación fue negligente "cuando la doctora del centro de salud (...) con un simple vistazo de la analítica (...) les recomendó al día siguiente de haber sido dado de alta en el Hospital 'X', que de forma urgente acudieran al hospital, ya que consideraba que su pronóstico no era bueno con estos parámetros (...) de anemia y elevación de creatinina".

Por lo que se refiere a la falta de información que alega, dice que “nadie explicó (...) la imposibilidad que ahora se dice de llevar a cabo una intervención quirúrgica ‘por presentar insuficiencia renal con anuria’”.

Considera que debe practicarse el requerimiento al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, que considera necesario porque “una de las continuas manifestaciones de los médicos (...) es que se acogen a lo establecido por el Sistema de Gestión” instaurado en el Hospital “X” y “que sus prioridades se rigen por ese protocolo de actuación” y destaca que dicha información u hoja de control no consta aportado al expediente. Cuantifica el daño en ciento quince mil trescientos veintiún euros con veintisiete céntimos de euros (115.321,27 €) más intereses moratorios.

15. El día 9 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base, entre otras, en las siguientes consideraciones: “no a todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias aquejados de patología abdomino-pelvica, como era el caso, está indicado practicarles una ecografía y menos un TAC” y que “de la documentación obrante en el expediente, no cabe apreciar ni una supuesta falta de coordinación entre los Servicios de Urología y Cirugía General, ni una insuficiencia en los medios puestos a disposición del paciente. Por el contrario, queda acreditado que no se han escatimado los recursos precisos que una correcta asistencia demandaba en cada momento, como prueban la multitud de estudios complementarios llevados a cabo, las medidas terapéuticas y de sostén aplicadas al enfermo y el número de servicios intervinientes en su asistencia (Cirugía, Urología, Medicina Interna, Nefrología, Digestivo...) y ello pese a que como afirma la reclamante era la semana grande de fiestas en la localidad. Desgraciadamente el tumor se encontraba en un estadio muy avanzado y estaba muy diseminado con múltiples siembras peritoneales, lo que como ocurre en todos los sarcomas de partes blandas es sinónimo de mal pronóstico”; cuando “se comprobó que el paciente presentaba

un GIST sus condiciones no eran las idóneas ni para la cirugía ni para la aplicación del tratamiento antineoplásico específico, pues presentaba una situación de fracaso renal agudo, que contraindica totalmente su administración". Especifica que "no se ha apreciado tampoco infracción alguna del deber de informar sobre el estado y pronóstico del paciente por parte del personal médico interviniente". Concluye que "la actuación de los profesionales que intervinieron en la atención sanitaria prestada al perjudicado fue correcta y adecuada a la lex artis y que el lamentable desenlace no guarda ninguna relación de causalidad con la actuación de la Administración sanitaria, sino que es producto de la alta letalidad de un tumor muy diseminado y de las complicaciones surgidas como consecuencia de ello, lo que produjo un rápido e inexorable deterioro del estado del paciente abocado a un fallo multiorgánico y su ulterior fallecimiento".

En lo relativo a la práctica de prueba, consistente en que se aporte el protocolo de actuación (sistema Manchester) implantado en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X", cuya "práctica se solicita nuevamente (...), se remite al razonamiento y la argumentación efectuados en la resolución emitida en su día al respecto".

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2011, registrado de entrada el día 31 del mes, el Presidente del Principado de Asturias solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de julio de 2010, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 18 de agosto de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En el procedimiento que analizamos se interesa una indemnización por el fallecimiento de un paciente, que se atribuye a la asistencia que se le dispensó en dos hospitales públicos.

Consta en el expediente que los días 2 y 3 de agosto de 2009, el esposo de la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde se le diagnosticó infección de tracto urinario y estreñimiento asociado y se le dio de alta -con un tratamiento farmacológico- derivándolo, como paciente preferente, al Servicio de Urología para estudio de los síntomas. También consta que, el día 4 de agosto, se le realizó en el Hospital "Y" una ecografía que reveló la existencia de una masa, finalmente diagnosticada como tumor estromal gastrointestinal, que finalmente se reveló como muy diseminado.

Resulta del expediente el fallecimiento del paciente el día 18 de agosto de 2009, por lo que podemos presumir que su esposa sufre un daño moral derivado del mismo, cuya entidad analizaremos si procede.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

La reclamante atribuye el fallecimiento de su esposo a "negligencia médica" en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" y en los Servicios de Urología y Cirugía del Hospital "Y". En concreto, considera que el Servicio de Urgencias del Hospital "X" no valoró correctamente la patología de su esposo y

le reprocha omisión de ecografía de abdomen. Dice que no se siguieron los protocolos de actuación, no se estudió el resultado de las analíticas y no se supo interpretar la placa de Rx. Por lo que se refiere a la atención que se dispensó en el Hospital "Y", señala omisión de tratamiento quirúrgico o farmacológico del tumor que se diagnosticó a su esposo. Asimismo, alega falta de información en este hospital.

Examinaremos, en primer lugar el reproche relativo a la asistencia prestada. A propósito del mismo, apreciamos que la reclamante no aporta prueba de la relación de causalidad que aduce entre la asistencia que se dispensó a su marido y el fallecimiento de este, ni que una actuación médica aún más temprana pudiera haber revertido o detenido la evolución de su dolencia.

Por el contrario, el informe técnico de evaluación vincula el fallecimiento del paciente a la alta letalidad del tumor que padecía, muy diseminado, conclusión confirmada por las consideraciones del dictamen médico externo, emitido a instancia de la compañía aseguradora.

En cuanto a la negligencia que reprocha, la reclamante tampoco aporta prueba de la misma. Además, se ha incorporado al procedimiento informe técnico de evaluación que entiende que con los datos anamnésticos, el resultado de las exploraciones y de los estudios complementarios estaba justificado el diagnóstico de infección del tracto urinario al que llegó el Servicio de Urgencias del Hospital "X", y que el alta del paciente y su remisión al Servicio de Urología estaban justificadas por su buena respuesta a las maniobras terapéuticas que se le realizaron.

Las alegaciones de la reclamante no ponen de manifiesto ninguna negligencia en el Hospital "X", pues según indica la propuesta de resolución, no está justificada la práctica de ecografía o TAC a todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias aquejados de patología abdomino-pélvica. El hecho de que el día 4 de agosto la facultativa del centro de salud remitiera al paciente al Hospital "Y", y se realizara en el mismo una ecografía no acredita negligencia u

omisión de pruebas en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", toda vez que el parte de interconsulta reflejaba datos desconocidos en el Hospital "X" -que había actuado exclusivamente ante una retención urinaria de horas de evolución- y que, a pesar de llevar varios días a tratamiento, la clínica persistía.

En cuanto al Hospital "Y", hay constancia en el expediente de la asistencia que se dispensó al paciente durante los quince días que permaneció ingresado en dicho hospital, tanto por los facultativos como por enfermería, cuyas visitas dieron lugar a múltiples anotaciones. Consta también la vigilancia y control específico de la diuresis del paciente, y los servicios especializados que le atendieron. La propia reclamante enumera muchas de las pruebas y tratamientos dispensados. Por ello, no cabe apreciar la falta de atención que reprocha, sin perjuicio de las incomodidades o traslados que algunas de dichas actuaciones hayan podido suponer al paciente, y cuya incidencia en el desenlace tampoco se ha acreditado.

Según el informe de cuatro especialistas en Cirugía, se realizaron las pruebas necesarias para llegar a un diagnóstico correcto y lo avanzado del proceso tumoral y su rápida evolución impidió establecer ninguna clase de tratamiento. Además el paciente presentaba tumor metastático, cuya resección quirúrgica integral no era posible, e insuficiencia renal severa, que contraindica la administración de Imatinib Mesilato (Glivec), por lo que no cabe apreciar falta de tratamiento quirúrgico o farmacológico.

Tanto el informe técnico de evaluación como el emitido por los cuatro especialistas en Cirugía ponen de relieve que los GIST son un tipo infrecuente de tumor y suelen cursar de forma rápida y asintomática, lo que dificulta su diagnóstico. Ambos informes avalan la actuación de los profesionales que intervinieron en la asistencia sanitaria dispensada en este caso, y afirman que fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Los especialistas en Cirugía añaden que los profesionales que atendieron al enfermo demostraron su alto grado de preparación y conocimiento de los últimos avances de la medicina.

Por lo que se refiere a la falta de información, que también alega la reclamante, no consta ni se desprende de la documentación obrante en el expediente, a lo que cabría añadir que ella misma reconoce haber sido informada por una facultativa del Servicio de Urgencias a propósito del tumor que presentaba su esposo; que una doctora del Servicio de Urología le explica que el tumor oprimía los riñones y uréteres y que era preciso realizar un escáner y una biopsia; que el día 11 de agosto un facultativo del Servicio de Cirugía -si bien de forma aparentemente descortés- le informó del gran tamaño del tumor que padecía su esposo, y que el día 13, otro facultativo del mismo Servicio le informó de la sospecha de que se tratara de un tumor de GIST.

El Jefe del Servicio de Urología, tras escuchar a los médicos que actuaron en el caso, informa que durante el tiempo que el paciente estuvo a cargo del Servicio de Urología se informó a la familia de la evolución clínica diaria, suministrando los datos que tenían. De la historia clínica incorporada al expediente, se desprende que los facultativos actuantes también participaron a la familia la necesidad de nefrostomía el día 15 de agosto, y que el día 16 de agosto se comentó con la hermana la dificultad de la situación y de su manejo, pues el paciente presentaba mal pronóstico renal y si necesitaba hemodiálisis, sería tormentosa. En última instancia, no se podía suministrar información cierta relativa al abordaje terapéutico del tumor mientras no se obtuviera la confirmación del mismo por biopsia realizada el día 13, y cuyo informe consta emitido el día 19 de agosto de 2009.

En definitiva, no cabe apreciar negligencia en la asistencia sanitaria dispensada en el caso, ni ausencia de información a la familia del paciente. Ha quedado acreditado que el fallecimiento de este se debió a la alta letalidad del tumor que presentaba, muy diseminado, y de las complicaciones inherentes al mismo.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.