

Expediente Núm. 177/2011
Dictamen Núm. 381/2011

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 22 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 V. E. de 9 de junio de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que considera derivados de un incorrecto diagnóstico de su enfermedad por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de julio de 2010, la perjudicada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a consecuencia de un error diagnóstico y una asistencia inadecuada por parte del servicio público sanitario.

Refiere en su escrito que el día 2 de octubre de 2009 acudió al Área de Urgencias del Hospital por “dolor torácico” encontrándose en aquel momento “embarazada de 39+2 semanas”, siendo el diagnóstico “no

impresiona patología gineobstétrica urgente”, acudiendo de nuevo a dicho Servicio al día siguiente donde es diagnosticada de “ infección del tracto urinario”; ese mismo día, con motivo de ser “gestante+cólico renal”, es ingresada practicándole una “cesárea urgente por taquicardia fetal y cervix muy desfavorable”, siendo dada de alta el día 6 de octubre.

Sigue relatando que al día siguiente -7 de octubre-, y “tras acudir al centro de salud”, es “trasladada en UVI móvil” al citado hospital, por “dolor de inicio en la espalda e irradiado a epigastrio intenso desde hace menos de 12 horas”, siendo la impresión diagnóstica “pielonefritis aguda derecha”. El día 8 de octubre, ante “la persistencia del malestar y el empeoramiento”, acude de nuevo al Servicio de Urgencias, donde tras la realización de una ecografía urológica se le objetiva “una mínima cantidad de líquido libre en la pelvis”, siendo dada de alta con diagnóstico de “pielonefritis aguda”.

El día 31 de octubre acude de nuevo al Servicio de Urgencias puesto que “el dolor se exagera”, con “proceso febril los días anteriores” con “disuria”, siendo la impresión diagnóstica “infección del tracto urinario+cólico nefrítico derecho”. El día 1 de noviembre de 2009 acude de nuevo al Servicio de Urgencias, puesto que el “dolor es más intenso”, tiene “náuseas y fiebre de 38,5° C”, siendo ingresada; añade que “se le realiza una ecografía abdominal urgente” y que “tras ser valorada por los Servicios de Urología, Cirugía, Ginecología y UCI, no se tiene claro el origen de la sepsis”, por lo que se “decide el ingreso en la unidad de reanimación”.

Continúa señalando que el “día 2 de noviembre de 2009” le realizan “por primera vez un TC”, siendo el diagnóstico “formación heterogénea suprarrenal derecha. La primera posibilidad es hemorragia suprarrenal. Pequeña cantidad de líquido perihepático y en pelvis”; el día 3 de noviembre le realizan una “laparoscopia urgente”, encontrando “gran cantidad de líquido seropurulento en pelvis que se evacuó” tras llevar a cabo el lavado de la cavidad le “colocan drenajes”. El “posoperatorio se complicó por la presencia de derrame pleural” siendo diagnosticada una “sepsis de origen abdominal” y finalmente dada de alta el día 3 de diciembre de 2009, con diagnóstico de “peritonitis”.

Considera que existió una negligencia médica “en la fase de diagnóstico” y una “asistencia sanitaria (...) insuficiente y errónea”, puesto que “teniendo datos objetivos de que en el abdomen” existía líquido, no se le dio importancia “hasta su ingreso en UVI”. Añade que todo el proceso citado le ha causado “una cicatriz en el abdomen de grandes dimensiones, y cuatro más pequeñas en espalda y dorso, así como una cicatriz en (el) pulmón”, y un “importante daño moral” que la he llevado a solicitar “tratamiento psiquiátrico”, por lo que si bien la evaluación económica de los daños y perjuicios indica que será determinada “con precisión a lo largo” del procedimiento, “a efectos cautelares” los evalúa en “la cantidad de 60.000 €”.

Solicita que “se expida atento oficio al Hospital” y al centro de “Atención Primaria”, al objeto de que se aporten los historiales médicos completos y propone que se admitan como medios de prueba.

Acompaña al escrito una copia de los informes médicos elaborados por el servicio público sanitario, entre los que constan: a) Informes del Servicio de Urgencias del Hospital, de los días 2 y 3 de octubre de 2009, en los que, respectivamente, figura como impresiones diagnósticas “no impresiona patología gineobstétrica urgente” e “infección del tracto urinario”. b) Informe de alta hospitalaria, de dicho centro, de fecha 6 de octubre de 2009, en el que se refleja que el día 3 de octubre se realizó a la paciente una “cesárea urgente por taquicardia fetal”. c) Informes del Servicio de Urgencias del Hospital, de los días 7 y 8 de octubre de 2009; en este último se hace constar, con base en la ecografía de abdomen realizada, que se aprecia una “mínima cantidad de líquido libre”, siendo el diagnóstico “pielonefritis aguda”. d) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, del día 31 de octubre de 2009 en el que se señala como diagnóstico “infección del tracto urinario+cólico nefrítico derecho”. e) Informes del día 1 de noviembre de 2009, de los Servicios de Urgencias, Urología, Cirugía General, Ginecología y Unidad de Cuidados Intensivos, que consideran probable la existencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. f) Informe del Servicio de Anestesia y Reanimación de fecha 5 de noviembre de 2009, en el que, tras realizarle un TC de abdomen y pelvis

urgente el día 2 de noviembre y una laparotomía urgente el día 3, figura como diagnóstico principal “sepsis de origen abdominal”. g) Informe de alta hospitalaria, de dicho centro, de fecha 3 de diciembre de 2009, en el que tras relatar la práctica de la laparotomía consta que se encontró “abundante líquido sin otros hallazgos patológicos”, llevando a cabo “lavado” de la “cavidad y drenajes”, que el “posoperatorio” fue “complicado por la presencia de derrame pleural” y que precisó la “colocación” de “tubo de tórax”.

2. Mediante escrito de fecha 21 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 21 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Gerente del Hospital que le remita copia de la historia clínica de la perjudicada, así como informe de los facultativos que intervinieron en el proceso asistencial.

4. Con fecha 30 de julio de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor copia de la historia clínica de la perjudicada, indicando que le remitirá los informes de los “Servicios de Urgencias y Cirugía General” cuando obren en su poder.

5. Mediante escrito de fecha 25 de agosto de 2010, el Gerente de Atención Primaria, remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios la historia clínica de la paciente de su centro de salud.

6. Con fecha 24 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital remite al Servicio instructor informe emitido por

el Servicio de Urgencias, indicando que ha sido reiterada la petición del informe del Servicio de Cirugía General.

7. Mediante escrito de fecha 30 de septiembre de 2010, consta incorporado al expediente un informe de un médico adjunto de la Sección TB, referente a las “revisiones clínicas sucesivas, realizadas tras la intervención quirúrgica”, al que se acompaña copia del alta hospitalaria, del Servicio de Cirugía General, de fecha 3 de diciembre de 2009.

8. Con fecha 30 de octubre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración indicando que “sólo hubo un día de demora en el establecimiento de la confirmación diagnóstica”; añade que la “asistencia médica proporcionada” a la paciente “sería mejorable, pero no negligente”, resolviéndose los “procesos padecidos que fueron independientes, sin secuelas en un tiempo total de dos meses”. Concluye diciendo que “las actuaciones medicas y actos” que se le realizaron a la paciente pueden “considerarse ajustadas al concepto de `buena praxis médica´, no encontrando indicios de negligencia profesional”.

9. Mediante escritos de 26 de noviembre 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.

10. Con fecha 21 de marzo de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres facultativos, dos de ellos especialistas en Obstetricia y Ginecología, quienes suscriben las siguientes conclusiones: se trata de un caso de “complicación infecciosa frecuente en la gestación y el puerperio como son las infecciones del tracto urinario y el cólico renal, agravada por la aparición de un abdomen agudo”, siendo la atención médica “multidisciplinaria”, realizándole “todas las pruebas complementarias,

analíticas y de imagen destinadas al diagnóstico y tratamiento de las complicaciones surgidas” por lo que, en definitiva, consideran que la actuación de los profesionales “se ajustó a la lex artis”.

11. Mediante escrito de fecha 12 de abril de 2011, se comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento y se insta a que especifique “la evaluación económica”. El día 26 de abril, la interesada se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por doscientos veintisiete (227) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 13 de mayo de 2011, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos del escrito inicial y “mantiene la petición de 60.000 €”.

13. Con fecha 20 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de junio de 2011, registrado de entrada el día 14 del mismo mes, V. E. 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 16 de julio de 2010, habiendo sido dada de alta hospitalaria el día 3 de diciembre de 2009, por lo que es claro que, la reclamación fue interpuesta 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.

No obstante, apreciamos que no se ha incorporado el informe del Servicio de Cirugía General, siendo uno de los servicios a quienes se imputa el daño. Sin embargo, a la vista de los datos y demás informes incorporados, y teniendo en cuenta el propio relato de la interesada, consideramos que no se le ha ocasionado indefensión, y que existen elementos de juicio suficientes para alcanzar un pronunciamiento sobre el fondo, sin necesidad de retroacción del procedimiento.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en el 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.- La reclamante interesa indemnización por daños que atribuye al funcionamiento del servicio público de salud, al que imputa un retraso diagnóstico y una asistencia sanitaria “insuficiente y errónea”.

Como consecuencia de dichas imputaciones alega secuelas físicas y morales, consistentes las primeras en una “cicatriz en el abdomen de grandes dimensiones” y cuatro “más pequeñas en espalda y dorso” así como otra en el “pulmón”, relacionadas con la laparotomía exploradora que hubo de practicársele y debido al drenaje que precisó por el derrame pleural, y las segundas en el sufrimiento causado por los “los dolores intensísimos” soportados, y al hecho de haber estado “más de un mes ingresada”, permaneciendo además una situación de “continuas revisiones médicas”, circunstancias todas ellas que la ha llevado a solicitar tratamiento psiquiátrico.

Constan en el expediente la realización de la cirugía y la colocación del drenaje torácico y, en consecuencia, parte de los perjuicios -cicatrices- a los que la interesada alude; consta también la estancia hospitalaria -entre los días 2 de noviembre y 3 de diciembre de 2009-, por lo que debemos considerar acreditada la realidad de unos daños, cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica, surgidos 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 los daños alegados tienen un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público, y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*. Este criterio opera no solo 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 que se le garantice un resultado concreto, 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*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La interesada refiere que un error diagnóstico y la falta de atención médica le provocaron “una peritonitis de más de un mes de evolución (...), sepsis generalizada, así como un derrame pleural”.

Centra el error diagnóstico en el hecho de que desde las primeras ecografías -8 de octubre- ya se “detectó derrame de líquidos”, de igual modo que el “resto de la sintomatología” indicaba “claramente la existencia de un abdomen agudo”.

Sin embargo, la reclamante no ha aportado prueba alguna de la relación de causalidad que afirma existe entre los daños y el funcionamiento del servicio público de salud, por lo que este Consejo Consultivo ha de formar su criterio en relación con la misma con base en los informes incorporados al expediente por la Administración.

En el caso que nos ocupa, está acreditado que la interesada acude al Servicio de Urgencias del Hospital el día 2 de octubre de 2009, en su semana 39+2 de gestación, refiriendo "dolor torácico", y que se le realizan diversas exploraciones, siendo el resultado del electrocardiograma "normal". Consta asimismo que al día siguiente, por "sensación de dinámica", acude de nuevo al citado servicio y que tras llevarse a cabo un análisis de orina que indica "infección del tracto urinario" se le pauta un antibiótico, y que ese mismo día -3 de octubre-, ante el "intenso dolor en fosa renal", es ingresada en el Servicio de Obstetricia de dicho centro, donde, dada la "taquicardia fetal y cérvix desfavorable", se le realiza una "cesárea urgente", siendo dada de alta el día 6 de octubre, con tratamiento antibiótico.

El día 7 de octubre acude a su médico de atención primaria por "dolor de inicio en la espalda e irradiado a epigastrio" -con náuseas- siendo remitida al centro hospitalario citado, en el que es valorada por el Servicio de Urología, que le diagnostica "pielonefritis aguda derecha", pautando "ciprofloxacino" e "ibuprofeno". Dado que el dolor es cada vez más intenso y refiere "náuseas, vómitos, sensación febril", acude de nuevo al Servicio de Urgencias el día 8 de octubre, constando en el informe de la ecografía urológica urgente realizada ese mismo día "discreta ureterohidronefrosis derecha" y "mínima cantidad de líquido libre en pelvis", el diagnóstico de "pielonefritis aguda" y la pauta de continuar con el tratamiento, añadiendo al mismo un antiinflamatorio, y de realizar al día siguiente una cistoscopia, prueba a la que la reclamante no acudió.

El día 31 de octubre, visita de nuevo el Servicio de Urgencias refiriendo sintomatología similar -"dolor en fosa renal derecha"-, siendo el diagnóstico "infección del tracto urinario+cólico nefrítico derecho" y pautándosele

antibiótico, antiinflamatorio y espasmolítico. Al día siguiente, ante el empeoramiento del dolor y fiebre de 38,5°, acude al Servicio de Urgencias, donde se observa "abdomen con peristaltismo+timpanizado", constando en el informe de la ecografía abdominal que de forma urgente se le realiza ese mismo día -1 de noviembre-, "aumento de tamaño de la suprarrenal derecha (...) pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y mínimo subhepático". Valorada por los Servicios de Urología, Cirugía General, Ginecología y Unidad de Cuidados Intensivos, con el diagnóstico probable de "SIRS" -síndrome de respuesta inflamatoria sistemática-; se procede a su ingreso -2 de noviembre- en el Servicio de Anestesia y Reanimación, en cuyo informe de alta consta que cuando llega la paciente al servicio, el cuadro de SIRS es de "origen desconocido" y evoluciona "desfavorablemente con fallo hepático".

El día 3 de noviembre se le realiza un "TC abdominal (donde) se aprecia aumento del líquido intraperitoneal y probable absceso o sangrado a nivel suprarrenal derecha", presentando la paciente "dolor abdominal difuso y signos de irritación peritoneal", por lo que se decide llevar a cabo una "laparoscopia exploradora", que "acepta la paciente y su familia", en la que se observa "pus intraabdominal sin foco claro", por lo que se procede al lavado de la cavidad y al drenaje. Según refiere finalmente el informe de alta, el posoperatorio fue complicado "por la presencia de derrame pleural derecho que precisó colocación de tubo de tórax", siendo dada de alta el día 3 de diciembre de 2009 con diagnóstico "abdomen agudo".

Por lo que se refiere a la existencia de un error diagnóstico que la interesada basa en el hecho de que en las primeras ecografías -las practicadas el día 8 de octubre- ya se detectaba el derrame de líquidos, hemos de señalar que el informe técnico de evaluación afirma que la infección de las vías urinarias "constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo", y que la sospecha de la infección se "sustenta en el cuadro clínico y en la analítica específica". Cuando después de 29 días la paciente acude de nuevo al centro hospitalario por dolor abdominal, tras los estudios precisos, los síntomas se "etiquet(aron) en primera instancia de infección urinaria y cólico

nefrítico”, pero al día siguiente -1 de noviembre-, “al evolucionar el proceso de forma negativa” y tras la exploración se sospecha un “abdomen agudo”, se ingresó a la paciente para practicarle una laparotomía exploradora, realizándosele lavado de la cavidad y drenajes-, por lo que “sólo hubo un día de demora en el establecimiento de la confirmación diagnóstica”, resolviéndose adecuadamente los “procesos padecidos, que fueron independientes”.

En el mismo sentido, el informe realizado a instancia de la compañía aseguradora indica que, a diferencia de lo manifestado por la reclamante, “la presencia de líquido libre en la ecografía” no es de por sí “un signo que en forma aislada” indique “infección intraabdominal”, y que además es “probable que una paciente con sepsis abdominal de 23 días de evolución tuviera serias complicaciones (...) y sin tratamiento, como en este caso, incluso un desenlace fatal, cosa que no ocurrió” lo cual “apoya el hecho de que el reingreso del día 31 de octubre se trataba de un nuevo episodio infeccioso urinario”, añadiendo que los diagnósticos efectuados no suponen diferentes enfermedades ya que “todos” se refieren a “infección del tracto urinario”, es decir “a la misma enfermedad con diferentes formas de presentación”, siendo pautados “tratamientos acordes” al diagnóstico, “básicamente antibióticos y analgésicos”; añade el informe que los cambios en los antibióticos se hicieron probablemente “basados en la no mejoría y en el concepto” de que “no todos los gérmenes implicados en la etiología de la ITU son sensibles a todos los antibióticos”, si bien cuando en la exploración -3 de noviembre- aparece un dato novedoso “muy importante” que “no había existido hasta ese momento”, como eran los “signos de irritación peritoneal”, se lleva a cabo en menos de 24 horas una laparotomía exploradora para “tratar de establecer el origen infeccioso”.

Por lo que se refiere a la evolución de la paciente, todos los informes médicos incorporados al expediente consideran que la actuación médica fue correcta, pese a que el proceso posoperatorio fue tórpido por la aparición de un derrame pleural. Tanto el informe técnico de evaluación -que afirma que se le aplicó “un tratamiento correcto” a las “complicaciones que iban surgiendo”- como el suscrito por los especialistas privados -que sostiene que la evolución

“no puede atribuirse a una actuación incorrecta de los facultativos” sino al “proceso patológico que padeció la paciente”- nos conducen a considerar que no se ha acreditado infracción alguna de la *lex artis* asistencial.

Toda la documentación incorporada al expediente nos lleva a la conclusión de que la reclamante no presentaba idéntica sintomatología durante todas las ocasiones en las que acudió al Servicio de Urgencias. En la primera etapa -del 2 al 8 de octubre de 2009- se consideró, tras la realización de las oportunas pruebas -analítica de sangre, ecografía abdominal-, que se trataba de patologías relacionadas con el tracto urinario, pautándose la medicación adecuada, basada en analgésicos y antibióticos. La paciente no acude de nuevo al Servicio de Urgencias hasta el día 31 de octubre de 2009, con sintomatología similar, por lo que era “razonable pensar, que el foco más probable” de nuevo era “el urinario”, como señala el informe de los especialistas privados.

Sin embargo, dado el empeoramiento general y tras detectar la existencia de abdomen agudo, el día 1 de noviembre de 2009 se sospecha que la paciente presenta un cuadro de SIRS, aunque no se conociera el origen del foco infeccioso. Tras la realización de una serie de pruebas -analítica, Rx tórax, Rx abdominal, Ecografía, TC-, al detectarse signos de irritación peritoneal, el día 3 de noviembre se lleva a cabo una laparotomía.

En definitiva, la afirmación de la reclamante de la existencia de abdomen agudo en la primera etapa -8 de octubre-, no resulta acreditada, y no es sino una sospecha diagnóstica que efectúa la interesada después de saber el resultado final de las dolencias sufridas, en el segundo proceso independiente del primero, buscando retrospectivamente posibles causas.

En consecuencia, este Consejo Consultivo entiende que, de acuerdo con la documentación analizada, se puede concluir que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta, que se pusieron a disposición de la perjudicada los medios precisos en orden al diagnóstico de los diferentes síntomas así como al tratamiento de las dolencias que aquella presentaba en cada momento, no habiendo quedado demostrada una mala práctica médica del servicio público sanitario. No cabe por ello estimar la

responsabilidad patrimonial que se pretende, dado que la asistencia prestada se adecuó en todo momento a la *lex artis ad hoc*, por lo que no apreciamos nexo causal con los daños que se imputan. Ello nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En merito 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.