

Expediente Núm. 45/2012
Dictamen Núm. 269/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de octubre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar tras la asistencia sanitaria prestada en un hospital concertado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de septiembre de 2010, los interesados -esposa e hijos del fallecido- presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos con ocasión del

fallecimiento de su familiar, debido, a su juicio, a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital "X".

Relatan que el perjudicado acudió el día 20 de octubre de 2009 a su centro de salud aquejado de "malestar y dolor en fosa renal izquierda", que "presentaba como antecedentes de interés HTA" y que tras una "exploración superficial" se atribuyó la sintomatología a un "cólico renal". No obstante, a "pesar del tratamiento analgésico pautado", el "dolor se intensificó (...), irradiándose hacía el hemiabdomen izquierdo", con nauseas y muy mal estado general, por lo que fue requerida la presencia del SAMU, que trasladó al paciente al Centro del Salud, presentando tras la exploración "abdomen duro, distendido y timpánico, con disminución de ruidos intestinales", siendo la "TA" de "82/62, saturando O₂ al 88%". La médica de guardia consideró que se trataba de un cuadro de abdomen agudo y ordenó su "derivación urgente en UVI" al Hospital "X", donde ingresó en el "Servicio de Urgencias" a "las 16:01 horas del día 21 de octubre de 2009", le realizaron "Rx de tórax y abdomen, analítica de orina y de sangre", poniendo esta última de manifiesto "una importante disminución de hematocrito y hemoglobina, así como un considerable aumento de los valores de glucosa, urea y creatinina"; hallazgos que, "sin embargo, quedaron sin estudio", sin que se practicaran "otras pruebas diagnósticas" ni se dejara al paciente "en observación", ya que los facultativos de Urgencias consideraron que se trataba de un cólico renal izquierdo.

Señalan que "durante la tarde" el dolor se "intensificó", a lo que se "sumó dificultad para respirar, frialdad, anuria y sudoración intensa". Puestos en contacto de nuevo con el Centro de Salud, la doctora de guardia ordena su "derivación urgente" al citado hospital, donde ingresó en el Servicio de Urgencias a las "01:26 horas del día 22 de octubre". La exploración abdominal puso de manifiesto signos de "peritonismo y ausencia de pulsos femorales" y que el paciente presentaba "muy mal estado general, con intensa

palidez de piel y mucosas”, por lo que los facultativos decidieron “la práctica de Eco Tac”, siendo el resultado “demoledor”, al diagnosticársele “rotura de aneurisma de aorta abdominal”. Ante la “extrema gravedad”, y dado que el centro no disponía de cirujano vascular, se deriva al enfermo “al Hospital ‘Y’, falleciendo (...) durante el traslado tras minutos de intensa agonía”.

Añaden que presentaron una reclamación ante el Servicio de Atención al Paciente del Centro de Salud que fue contestada por el “Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria VI”, quien manifestó que la “atención dispensada por el centro de salud había sido correcta, no así” la del Hospital “X” “por no evaluar ni tratar al paciente del cuadro de abdomen agudo”, afirmando que los síntomas, “si bien en un primer momento fueron interpretados como producto de un cólico renal (...), en la segunda valoración, realizada horas después (...), ya se enfoca el cuadro acertadamente como abdomen agudo y se remite al hospital”; es “a partir de ese momento cuando, en lugar de ser evaluado y tratado como abdomen agudo, lo es como cólico nefrítico y se devuelve a su domicilio desde el centro hospitalario”, y que al ser evaluado de nuevo por la médica de Atención Primaria “se ratifica en su acertada valoración y vuelve a remitirlo al hospital, donde ya esta vez se diagnostica de aneurisma aórtico abdominal”.

Los interesados sostienen que existió un “defectuoso y aberrante proceso asistencial” que “provocó un retraso inexcusable en el diagnóstico” por “ausencia de pruebas diagnósticas e infravaloración del cuadro clínico que presentaba” el paciente, con el consiguiente “retraso en la instauración del tratamiento adecuado”. Añaden que el “terrible error en el diagnóstico, fruto de la desidia, la dejadez y la absoluta falta de profesionalidad de los facultativos” del Hospital “X”, hizo que el paciente perdiese “la oportunidad de recibir el tratamiento adecuado”, y entienden que un diagnóstico certero y temprano le habría “dado la opción y la oportunidad de ser intervenido”, máxime “teniendo en cuenta que llevaba más de dos días con sintomatología”.

Solicitan una indemnización global por importe de seiscientos cuarenta mil euros (640.000 €) para la esposa y los tres hijos del fallecido.

Junto con el escrito de reclamación, presentan los siguientes documentos: a) Copia del Libro de Familia correspondiente al matrimonio y al nacimiento de los tres hijos. b) Documentación facilitada por el Servicio de Atención al Paciente del Hospital "X", referente a la asistencia sanitaria recibida. c) Escrito de la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VI, en respuesta a la reclamación presentada en el Centro de Salud

2. Mediante escrito de 6 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados 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. Con fecha 13 de octubre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe del Servicio de Urgencias. Igualmente, requiere a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria VI una copia de la historia clínica y un informe de los facultativos que prestaron asistencia al perjudicado.

4. El día 22 de octubre de 2010, la Directora Médica del hospital señala que traslada al Servicio instructor "la información correspondiente". No obstante, solo adjunta el informe del Coordinador de Urgencias-SAMU del Hospital "X", de fecha 21 de octubre de 2010, en el que se detalla que el paciente a las "16:39 horas es admitido" en el Servicio de Urgencias, que tenía "antecedentes previos de cólicos renales de repetición" y que refería "dolor tipo cólico renal de día y medio de evolución", si bien había "mejorado

parcialmente con analgesia habitual". Tras administrarle "analgesia y antiemético" tuvo una "franca mejoría", por lo que se reafirma la sospecha de cólico renal, "se aumenta el escalón analgésico y es dado de alta a su domicilio a las 19:11 h". Añade que en su domicilio aumenta la sintomatología "con un dolor más intenso" y que el médico de Atención Primaria "detecta además inestabilidad hemodinámica", por lo que "de nuevo se remite al hospital", siendo diagnosticado de "rotura de aneurisma abdominal" y trasladado "en UVI móvil al Hospital `Y´ donde llega con vida".

5. Con fecha de 29 de octubre de 2010, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria VI remite al Servicio instructor cuatro informes. En el emitido por una facultativa que se encontraba de guardia en el Centro de Salud se reseña que acudió al domicilio del paciente con la enfermera de guardia "durante la noche del día 20-10-2009", tras "aviso al 112 por un dolor en fosa renal tipo cólico". En la exploración física "destaca una puñopercusión renal claramente positiva con una TA de 100/60, FC 85 lpm, con una exploración abdominal anodina sin signos de defensa abdominal, sin auscultar soplos abdominales", siendo "rigurosamente normal" la "auscultación cardiopulmonar y de pulsos distales". Ante la "impresión diagnóstica de cólico nefrítico" se le administra "medicación parenteral", añadiendo que a "los 20 minutos el paciente mejora y el dolor remite parcialmente"; se le explica que si "empeora" deberá avisar "de nuevo al 112 para remitir a Urgencias del hospital" y que "si mejora" deberá de acudir a "su médico de Atención Primaria" para "revisión y analítica de orina de confirmación del posible cólico renal". Finalmente, indica que el paciente "no avisa a lo largo de la noche".

En el elaborado por el facultativo que atendió al paciente a "la mañana siguiente" -se aprecia una errata con respecto al mes- consta que cuando acudió a su consulta era "aceptable" el "estado general" y, dado que el interesado le manifiesta que había "presentado astenia en los días anteriores",

le realiza "Multistix en orina", que revela "la presencia de proteinuria", por lo que se le prescribe "Buscapina" y "Monurol".

La facultativa que atendió al paciente al "comenzar la guardia del 21-10-2009" informa que fue "traído en ambulancia desde su domicilio", que "impresiona de gravedad", muy "afectado por el dolor, con signos de preshock, abdomen agudo y sin respuesta a la analgesia domiciliaria", por lo que le realizan "medidas de soporte hemodinámico" y le trasladan en "UVI móvil" al Hospital "X". Añade que sobre "las 23:45 h" se solicita "domicilio urgente para el mismo paciente que había sido dado de alta del hospital", por lo que acude en su vehículo "con el ATS de guardia" y comprueban que "persiste intensa afectación general, vómitos, hipotensión y datos de gravedad con abdomen duro y muy doloroso", por lo que "nuevamente se toman medidas de soporte hemodinámico" y es "remitido por segunda vez al hospital de referencia".

El Director Médico de Atención Primaria del Área Sanitaria VI indica al respecto que la "sintomatología del paciente" el día "20 de noviembre (*sic*) de 2009" era "compatible con un cólico renal"; no obstante, al día siguiente -21 de octubre- "el cuadro clínico era distinto" y, tras una "minuciosa exploración y una muy correcta anamnesis (...), es diagnosticado de abdomen agudo", por lo que, "con buen criterio, la médica indica la necesidad de derivación al hospital". Señala que en el Servicio de Urgencias del hospital, "tras las pertinentes pruebas complementarias", se le diagnostica "cólico renal izquierdo", se le pauta tratamiento y se "devuelve al paciente a su domicilio. Esto sucede a las 16:00 horas de día 21-10-2009". Manifiesta que el día 22 de octubre, "ante la continuidad de los síntomas", se avisa "de nuevo a la médica de guardia, que (lo) remite otra vez" al hospital por "abdomen agudo", diagnosticándosele "aneurisma abdominal aórtico". Considera que "por parte de los médicos de Atención Primaria del Centro de Salud la atención prestada fue la que se ajusta a la buena práctica profesional" y que, si bien los

síntomas en un “primer momento fueron interpretados como producto de un cólico renal, sin embargo en la segunda valoración, realizada horas después”, ya se “enfoca el cuadro acertadamente como abdomen agudo y se remite al hospital para su estudio”. Es “a partir de este momento cuando en lugar de ser evaluado y tratado como abdomen agudo lo es como cólico nefrítico y se devuelve a su domicilio desde el centro hospitalario”.

6. Mediante escrito de 18 de noviembre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita a la Gerencia del Hospital “X” una copia de la historia clínica del paciente, incluidas las analíticas realizadas; la transcripción del informe del TAC abdominal y copia del informe clínico asistencial o historia del traslado “efectuado en UVI” desde el Hospital “X” al Hospital “Y”. Asimismo le requiere, si “en el Servicio de Urgencias existe protocolo de dolor abdominal/abdomen agudo, copia del mismo” y un informe complementario al emitido por el Coordinador de Urgencias en el que se “valoren los resultados de (los) estudios analíticos realizados al paciente el 21-10-2009”, dado que en aquel “no se hace referencia” a ellos.

7. El día 9 de diciembre de 2010, la Directora Médica del Hospital “X” indica que traslada al Servicio instructor “la información correspondiente”, a pesar de lo cual solo acompaña el informe emitido por el Coordinador de Urgencias-SAMU del Hospital “X”, de fecha 14 de diciembre de 2010, que reitera el contenido del anterior y concluye que al paciente se le realizó el diagnóstico de “rotura de aneurisma abdominal ante el cambio de la sintomatología (dolor más intenso e inestabilidad hemodinámica)” y de la analítica. Al respecto, detalla que en la primera analítica presenta “hemoglobina de 10,6, con volúmenes corpusculares normales, que de forma aislada y sin ser significativa no tiene relevancia desde el punto de vista urgente”, y en la segunda una “hemoglobina 9.3, con disminución de 3 puntos en hematocrito que (...),

comparada con la previa en un margen de pocas horas”, hace “sospechar un sangrado agudo, lo cual puso en la pista del diagnóstico definitivo”.

8. Con fecha 24 de enero de 2011, el Coordinador de Urgencias-SAMU del Hospital “X” remite al Inspector de Prestaciones Sanitarias un nuevo informe en el que, tras detallar la evolución de los síntomas que mostraba el paciente, señala que “la presentación más frecuente de un aneurisma abdominal no roto es su hallazgo casual en exploraciones por otro motivo”, la manifestación clásica de su rotura es la triada, “masa abdominal pulsátil (90% de los casos), dolor lumbar (70%), abdominal (60%) e hipotensión (40%), de `instauración brusca´, difícilmente de casi 2 días de evolución”. Añade que de “no presentar masa pulsátil puede confundirse frecuentemente con un cólico renal”, que es “más frecuente, y además el paciente refería antecedentes de cólicos previos, por lo que es de suponer” que hizo pensar al médico de Atención Primaria, al del SAMU y al primer facultativo de Urgencias en un cólico renal (...). Valorado por un segundo facultativo de Urgencias, este estimó oportuno pruebas de imagen por la clínica intensa y la exploración abdominal, realizando el diagnóstico de rotura de aneurisma abdominal”. Asimismo, la analítica ponía de manifiesto “el sangrado al constatar una disminución evidente de hemoglobina y hematocrito respecto a los valores obtenidos unas horas antes (en la primera atención en el hospital)”, aunque “su normalidad tampoco lo excluye”, pues además de por el “sangrado pueden alterarse por procesos de hemodilución (infusión de sueros) o hemoconcentración (deshidratación)”. No obstante, afirma que los “valores de hemoglobina inferiores a 8 g/dl y/o de hematocrito inferiores a 30% no deben atribuirse a hemodilución, y más si son significativamente inferiores que la cifra obtenida unas horas antes”, ya que “en la hora previa a la primera atención del paciente en Urgencias del hospital se infundieron 1.000 cc de suero salino”. Ello implicaría “hemodilución de la sangre, disminuyendo levemente las cifras de hemoglobina y hematocrito, sin

llegar a ser significativas para hacer sospechar un sangrado, sobretodo si la historia clínica del paciente orientaba a un proceso renal (...). La ruptura de un aneurisma abdominal tiene una gran mortalidad, 2 de cada 3 pacientes mueren antes de ingresar” y la “quinta parte muere después de la cirugía”, ya que se trata de una “patología de inicio brusco y progreso rápido de alta mortalidad”.

En el apartado “protocolos de Urgencias”, cita el “Tratado de Medicina de Urgencias. MS Moya Mir. Del Dolor Abdominal”, y la “Guía Medicina de Urgencias. L. Jiménez Murillo. De la Hematimetría”.

Obra incorporada al expediente la siguiente documentación: a) Parte de la historia clínica -deteriorada- del paciente. b) Analíticas realizadas los días 21 y 22 de octubre de 2009. c) La transcripción del informe del TAC abdominal. d) Informe clínico asistencial del traslado efectuado por el SAMU desde el Hospital “X” al Hospital “Y”. e) Informe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital “Y”, en el que consta que el paciente, tras ser intervenido por “rotura de aneurisma de aorta abdominal (...) sobre las 4 h”, fallece a las “12:15 h del día 22-10-09”. f) Informe anatomopatológico.

9. El día 11 de febrero de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que “no existe duda alguna respecto al proceso asistencial prestado al perjudicado” en el Centro de Salud ni en relación “a la segunda ocasión en la que recibió asistencia en el Servicio de Urgencias” del Hospital “X”. En cuanto a la asistencia prestada en dicho centro hospitalario el día 21 de octubre de 2009, señala que “no queda acreditado que la atención prestada (...) fuese incorrecta”, por lo que “procede desestimar la reclamación”.

10. Mediante escritos de 2 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del expediente completo a la correduría de seguros y del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El día 3 de marzo de 2011, traslada una copia del informe técnico de evaluación a la Gerencia del Hospital "X", indicándole que dispone de un plazo de 10 días para formular las alegaciones que estime pertinentes.

11. Con fecha 23 de septiembre de 2011, la compañía de seguros comunica al Servicio de Salud del Principado de Asturias que la citada reclamación se basa en "hechos ocurridos en un centro no cubierto" por la póliza suscrita entre ambos.

12. El día 15 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

13. Con fecha 22 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio instructor un una copia del expediente administrativo, al haberse interpuesto por los interesados recurso contencioso-administrativo. Dicha petición es atendida mediante escrito de 28 de noviembre de 2011.

14. El día 30 de noviembre de 2011, los interesados presentan un escrito en una oficina de correos en el que solicitan -dado que no residen en el Principado de Asturias- que se les remita "copia de la documentación obrante" en el expediente. Con fecha 15 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados la

apertura de un nuevo trámite de audiencia por un plazo de quince días y les acompaña una "copia íntegra del expediente", compuesto en ese momento por "un total de 142 folios".

15. Con fecha 16 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de marzo de 2012, registrado de entrada el día 16 del mismo mes, esa Presidencia 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

17. Con fecha 29 de mayo de 2012, mediante escrito de la Presidencia del Consejo Consultivo, y habida cuenta de la existencia de posibles contradicciones entre los distintos informes técnicos en relación con la clínica que presentaba el paciente cuando ingresa por primera vez en el Hospital "X", se solicita, como diligencia para mejor proveer, la aportación de un informe detallado sobre "si el Servicio de Salud del Principado de Asturias contaba, cuando el paciente ingresa por primera vez en el Servicio de Urgencias del Hospital 'X' -21 de octubre de 2009-, con un protocolo específico de actuación, de obligado cumplimiento para el citado centro concertado, que señale las pruebas que han de realizarse ante los problemas de dolor abdominal intenso que presentaba el interesado. Si las pruebas realizadas al paciente en ese momento, una vez confirmado si se llevó a cabo o no el ECG citado en el folio 81, son las indicadas en función de los síntomas y de los

resultados obtenidos o, en su caso, si el protocolo correspondiente exigía la realización de una Eco-Tac abdominal u otro tipo de pruebas. Si los valores de la analítica en aquellos momentos, en especial los referentes a la 'hemoglobina', 'hematocrito', 'hematíes', 'urea' y 'creatinina', eran indicativos de la existencia de una hemorragia interna o si, por el contrario, los resultados de 'hemoglobina 10,60' y 'hematocrito 31,90' pueden atribuirse al hecho de que le hubieran infundido al paciente, en la hora anterior a su ingreso, 1.000 cc de suero salino, y si las cifras de 'urea 86' y 'creatinina 1,61' pueden ser consecuencia de la hipertensión que padecía desde hacía, al menos, dos años". Además, se requiere "la remisión de una copia de los protocolos vigentes en aquellas fechas sobre la materia".

Mediante escrito de 25 de septiembre de 2012, V. E. remite "la documentación solicitada", adjuntando dos informes del mes de agosto de 2012. En el primero de ellos, emitido el día 1 por la Subdirectora de Organización de Servicios Sanitarios, se afirma, entre otras cuestiones, que "no existe protocolo específico de actuación ante dolor abdominal agudo común" del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En el segundo, fechado el día 30 y realizado por un médico de Urgencia Hospitalaria, se indica que, dada la "inexistencia de protocolo para el abordaje" de la patología queda "a criterio del clínico la realización de las citadas pruebas de imagen", siendo la orientación diagnóstica en ese periodo la de "litiasis renal, basada en los antecedentes personales del paciente (...) y en la propia semiología, que es superponible a la estándar de la litiasis renal". Añade que, "tras la mejoría clínica y de constantes vitales registradas en la historia clínica, no es estrictamente necesaria la realización de una prueba de imagen"; si bien el "único dato clínico parcialmente incongruente es el de la ausencia de hematuria (en un 14% de casos puede no aparecer en una crisis de cólico nefrítico) (...), aconseja, pero no obliga, según la evidencia científica, a descartar otras patologías". Sostiene que la "alteración de valores analíticos

puede tener diversas causas, entre ellas las mencionadas en la pregunta”, y que existe “un factor limitante” que les impide aproximarse “con certeza a un origen” de dichos datos, que es la “inexistencia de análisis previos al evento”. Dicho dato previo, “o bien una analítica de aclaramiento de creatinina, serían indicativos de insuficiencia renal crónica, lo que podría justificar los datos analíticos referenciados en la pregunta”. Afirma que la “insuficiencia renal aguda existe cuando la creatinina es superior a 1,5 mg/dl” y que el “aclaramiento de creatinina no está al alcance de los Servicios de Urgencias”, precisando que se “puede estimar según datos analíticos y de peso y edad del paciente”, pero al desconocerse estos utilizan un “estándar de 70 Kg para adulto normoconstituido”; así, “el aclaramiento será del 40% aproximadamente, lo que corresponde a una insuficiencia renal moderada”, resultando “explicable por la diabetes e hipertensión arterial que padecía el paciente”. Además, en el “informe anatomopatológico de la necropsia se objetivan datos macro y microscópicos que avalan la insuficiencia renal”. Señala, con respecto a los “valores de hemoglobina y hematocrito”, que pueden ser de “origen dilucional (...), por haber sido extraída la muestra del mismo catéter por donde se infunde el suero” o por la “aportación directa y en un corto espacio de tiempo de un litro de cristaloides que tardan más de una hora en desaparecer del torrente sanguíneo”; pueden ser “originados por la insuficiencia renal generada por la hipertensión arterial y diabetes” y también por “causa de un sangrado previo y/o activo”. En cuanto a los valores de urea y creatinina, considera que “pueden ser debidos a la insuficiencia renal previa” o a “una insuficiencia renal prerrenal debida a una depleción de volumen por sangrado”.

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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

En orden a un pronunciamiento sobre la legitimación del Principado de Asturias, la primera consideración que debe efectuar este Consejo atiende al carácter del centro al que se refieren los hechos. En este caso, el reproche de los reclamantes se dirige exclusivamente al funcionamiento del Hospital "X" por una asistencia prestada en el año 2009.

La Ley del Principado de Asturias 2/2010, de 12 de marzo, dispuso la integración de este hospital en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en régimen de gestión directa. Ahora bien, hasta la fecha de entrada en vigor de esta Ley (el día 20 de marzo de 2010, de conformidad con su disposición final segunda) el centro era privado, si bien, como ha puesto de relieve este Consejo con ocasión de dictámenes anteriores, se encontraba vinculado a la red hospitalaria pública mediante un convenio singular suscrito el día 10 de mayo de 2004 con el Servicio de Salud del Principado de Asturias, en virtud del

cual dicho hospital -clasificado como Hospital de Área por Resolución de 7 de abril de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, de conformidad con lo establecido en el Decreto 71/2002, de 30 de mayo- presta atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en las condiciones establecidas en dicho convenio. En el supuesto examinado, como se deduce de los antecedentes expuestos, la atención prestada al interesado antes de la entrada en vigor de la Ley 2/2010 lo ha sido en tanto que beneficiario del sistema sanitario público, y los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular repetidamente aludido.

En atención a tales circunstancias, este Consejo Consultivo entiende que el eventual resarcimiento de los daños que se pudieran haber ocasionado a un paciente ha de ser imputado a la Administración sanitaria con el mismo alcance y requisitos que si tal eventual daño se hubiera causado en las propias instalaciones de la sanidad pública. Nos encontramos ante una prestación sanitaria pública para cuya obtención el particular ha de acceder, por la propia organización de la red hospitalaria pública, a un centro no público con convenio al efecto, siendo así que tal hecho no permite excluir la aplicación de las reglas generales de la responsabilidad patrimonial de la Administración, ni puede limitar el ejercicio por los particulares del derecho que les reconocen los artículos 106 de la Constitución y 139 de la LRJPAC, ya que en definitiva se trata del funcionamiento de un servicio público.

El Principado de Asturias, por tanto, está pasivamente legitimado en cuanto titular del servicio público sanitario, que ha sido prestado en virtud de concierto por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda.

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 24 de septiembre de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 22 de octubre 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.

SIXTA.- Los reclamantes -esposa e hijos del perjudicado- pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de este, que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en un hospital vinculado a la red pública, al sostener que se ha producido un error de diagnóstico de la enfermedad de su esposo y padre que conllevó un retraso en el tratamiento, lo que condujo finalmente a su fallecimiento.

El óbito ha quedado acreditado y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe

presumir que los interesados han sufrido un daño moral que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la reclamación de responsabilidad patrimonial que examinamos.

Apreciada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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 los reclamantes 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 se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. La declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados.

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.

Los interesados sostienen en su reclamación la existencia de un error en el diagnóstico del enfermo, que concretan en la actuación llevada a cabo por los servicios sanitarios del Hospital "X" tras el primer ingreso, realizado el día 21 de octubre de 2009 a las dieciséis horas. Manifiestan que se

“infravaloró la sintomatología”, que se “obvió la realización de pruebas diagnósticas” y que se “dejó sin estudio la patología por la que había sido trasladado de urgencia: abdomen agudo”, añadiendo que se dio de “alta al paciente con el diagnóstico erróneo de cólico nefrítico”, lo que “comportó un tratamiento incorrecto”, perdiendo el paciente “la oportunidad de recibir el tratamiento adecuado”, dado que “la rotura de aneurisma sin tratamiento quirúrgico conduce invariablemente al fallecimiento”. Insisten en que no se realizó una “ecografía (...) ni ninguna otra prueba diagnóstica por imagen” y que no se prestó “atención a la analítica de sangre que se le practicó al ingreso y que ya puso de manifiesto valores anormales de hematocrito y hematíes”, lo que supone, según los reclamantes, un “signo de hemorragia interna”, añadiendo que lo “mismo cabe predicar de los valores de urea y creatinina”.

Sin embargo, y pese a que les incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realizan, los interesados no han desarrollado la menor actividad probatoria. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada al perjudicado sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada por la Administración sanitaria.

En el informe emitido por la facultativa de guardia del centro de salud que atendió al paciente en la noche del día 20 de octubre de 2009 consta que, tras la exploración física -TA de 100/60, FC 85 lpm-, la impresión diagnóstica es de “cólico nefrítico izquierdo”, por lo que le pauta “medicación parenteral”, detallando que a “los 20 minutos el paciente mejora y el dolor remite parcialmente”. No obstante, según se reseña en el informe de otro facultativo de dicho centro de salud, “a la mañana siguiente” el paciente acude a su consulta “con aceptable estado general, impresionando de cólico nefrítico izquierdo en evolución” y, dado que le “manifiesta haber presentado astenia”, le realiza “Multistix en orina” que revela la “presencia de proteinuria”, por lo

que le prescribe "Buscapina" y "Monurol". En el informe de una tercera facultativa de dicho centro consta que el día 21 de octubre de 2009, a las 15:20 horas, atiende a dicho paciente, que es "traído en ambulancia desde su domicilio" por "dolor abdominal intenso", precisando en el apartado relativo a la exploración que "al llegar obnubilado, hipotenso (...) -TA 82/62 Sat 88%" - y siendo la valoración "abdomen agudo" lo deriva a "Urgencias" del hospital, siguiéndose en dicho traslado con la sospecha de "¿cólico renal?", según se detalla en el informe clínico asistencial del SAMU.

Respecto a la decisión del traslado, el Director Médico de Atención Primaria del Área Sanitaria VI afirma en su informe que para conocer la causa del cuadro de abdomen agudo se "precisa de pruebas que deben ser realizadas en el hospital". Tras el ingreso del paciente en el Hospital "X" a las "16:01" horas, según consta en el informe de alta, presentaba "dolor abdominal localizado en región lumbar izquierdo irradiado por trayecto ureteral hasta región suprapúbica. Dolor de características cólicas punzante", se le realiza la correspondiente exploración, resultando "abdomen blando, depresible, no masas, no megalias, globuloso, no dolor a palpación", y una serie de pruebas complementarias, analítica sanguínea y de orina, "Rx tórax", en la que no se aprecian condensaciones en parénquima pulmonar", y de "abdomen", que arroja "patrón gaseoso inespecífico". Consta en el apartado relativo a la "evolución" que se le administra en Urgencias analgesia intravenosa y "antieméticos con franca mejoría", por lo que, con la impresión diagnóstica de "cólico renal izquierdo", es dado de alta. Sin embargo, "sobre las 23:45 h" se solicita "domicilio urgente" para el paciente, según señala en su informe la tercera facultativa que le atendió, la cual, tras comprobar que "sigue con dolor", que "persiste intensa afectación general, vómitos, hipotensión y datos de gravedad con abdomen duro y muy doloroso", remite al paciente al "hospital de referencia", donde ingresa a la "1:26" del día "22-10-2009", a tenor del informe clínico de alta, en el que se detalla, respecto al

dolor abdominal, que es de "intensidad progresivamente creciente", asociado a "mareo y nauseas" en el día de la fecha, siendo la exploración del abdomen "dolor a la palpación con defensa marcada a nivel de hemiabdomen izquierdo. Signos de peritonismo. No masas. Peristalsis ausente. No se palpan pulsos femorales". Se le realizan pruebas complementarias -"Rx" y "Eco-Tac"-, siendo la impresión diagnóstica de "rotura de aneurisma abdominal", por lo que es trasladado a las "2:45" al Hospital "Y", donde es intervenido de urgencia falleciendo a las "12:15 h del día 22-10-09", según señala el informe correspondiente.

Por lo que se refiere al reproche de haber diagnosticado al paciente el Servicio de Urgencias del Hospital "X", el día 21 de octubre de 2009, tras su primer ingreso a las 16:01 horas, de "cólico renal izquierdo", debemos señalar que, si bien es cierto que la médica de Atención Primaria que presta asistencia al interesado el día 21 de octubre de 2009 sobre las 15:20 horas lo deriva al hospital por dolor abdominal, no ha de olvidarse que el paciente tenía antecedentes de cólicos renales de repetición y tensión alta -a tratamiento al menos desde 2007-, que hasta ese momento desde la noche del día 20 de octubre tres profesionales -uno de ellos con dudas- habían considerado tras la exploración física compatibles los síntomas que presentaba con un cólico nefrítico, que en la primera asistencia domiciliaria tras la administración de los analgésicos correspondientes "el paciente mejora y el dolor remite parcialmente", y que durante el primer ingreso tras la administración de "analgesia" y "antieméticos" tiene una "franca mejoría"; situación esta última que "reafirma la sospecha de cólico renal", por lo que se aumenta el analgésico y es dado de alta, según señala el informe del Coordinador de Urgencias-SAMU del citado hospital, añadiendo el informe técnico de evaluación que en aquellos momentos "la exploración clínica" del paciente "evoluciona con una mejoría notable respecto a la realizada" en el Centro de Salud

Pero además, y a pesar del reproche efectuado por los reclamantes, resulta acreditado que al paciente se le realizaron pruebas por "el motivo de la consulta", es decir por el "dolor abdominal", según consta en el informe de alta, y que las mismas no se limitaron a una Rx de tórax. Así, en el informe técnico de evaluación se detalla que los datos más importantes ante un abdomen agudo se obtienen de la "anamnesis" y de la "exploración física", si bien "algunas" de las "exploraciones complementarias" que enumera - "hemograma", "bioquímica", "orina", "ECG", "radiología de tórax" y "radiología de abdomen"- se deben "hacer siempre ante la sospecha de abdomen agudo", y en el supuesto que nos ocupa, a diferencia de lo manifestado por los interesados, consta acreditado que en ese primer ingreso se llevaron a cabo gran parte de las pruebas citadas: analíticas de sangre y orina y radiología de tórax y abdominal, añadiendo al respecto el informe técnico de evaluación que resultaron "normales" -salvo las alteraciones de la analítica sanguínea-, y que a pesar de que la historia del paciente "está parcialmente deteriorada" -afectada por las inundaciones sufridas en el archivo- y de que "no consta en el informe de alta (...) el resultado del ECG (...) ha podido comprobarse que sí se realizó petición de ECG".

Efectivamente, hemos de señalar que figura en la gráfica de Urgencias - folio 81- una anotación al respecto. Por otro lado, el informe técnico de evaluación consigna que en aquel momento los datos clínicos del paciente "no" correspondían "con la tríada clásica de rotura de aneurisma de aorta abdominal, que se caracteriza por dolor abdominal o de espalda de inicio brusco, la hipotensión y la presencia de masa pulsátil en la exploración física", lo que se corrobora en el informe del Coordinador de Urgencias-SAMU del hospital, añadiendo este, respecto a la hipotensión, que es de "instauración brusca, difícilmente de casi 2 días de evolución", concluyendo que "de no presentar masa pulsátil puede confundirse frecuentemente con un cólico renal". Al respecto, en el informe emitido por un médico de Urgencia

Hospitalaria tras solicitar documentación complementaria para mejor proveer consta que, dada "la inexistencia de protocolo", queda a "criterio del clínico la realización de las citadas pruebas de imagen", añadiendo que la "orientación diagnóstica (...) es la de litiasis renal, basada en los antecedentes personales (...) y en la propia semiología", y que "tras la mejoría clínica y de constantes vitales (...) no es estrictamente necesario la realización de una prueba de imagen"; si bien el "único dato clínico parcialmente incongruente es el de la ausencia de hematuria (en un 14% de casos puede no aparecer en una crisis de cólico nefrítico) (...), aconseja, pero no se obliga (...) a descartar otras patologías".

Por último, en cuanto al reproche de los reclamantes referente a no haber tenido en cuenta los valores "anormales de hematocrito y hematíes" tras el primer ingreso, que consideran "signo de hemorragia interna", los informes incorporados al procedimiento no avalan dicha imputación. El Coordinador de Urgencias-SAMU del hospital afirma que el paciente "fue atendido" teniendo en cuenta "los síntomas, analítica inicial y (...) sus antecedentes previos de cólico renal", detallando, respecto de la primera analítica, que presentaba "hemoglobina de 10,6, con volúmenes corpusculares normales, que de forma aislada y sin ser significativa" no tenían "relevancia desde el punto de vista urgente". Considera que tanto la hemoglobina como el hematocrito "pueden indicar sangrado agudo, pero su normalidad tampoco lo excluye", pudiendo alterarse, además de por el sangrado, por varios procesos, entre los que cita la "hemodilución (infusión de sueros)", indicando que en la "hora previa" a la primera atención del paciente en Urgencias del hospital se le "infundieron 1.000 cc de suero salino", según consta acreditado en el informe clínico asistencial del SAMU del día 21 de octubre -500 cc en el centro de salud y 500 cc el SAMU-, lo que "implicaría hemodilución de la sangre, disminuyendo levemente las cifras de hemoglobina y hematocrito, sin llegar a ser significativas" para "sospechar de un sangrado". Dichas afirmaciones son

asumidas en el informe técnico de evaluación y en el informe complementario emitido por un médico de Urgencia Hospitalaria. Con relación “a las cifras de urea y creatinina”, el informe técnico de evaluación señala que no ha de olvidarse “que se trataba de un paciente hipertenso y que una hipertensión puede ser causa de una insuficiencia renal”; al respecto, en el informe complementario citado se afirma que dichos valores “pueden ser debidos” a la “insuficiencia renal previa (...), a una insuficiencia prerrenal debida a una depleción de volumen por sangrado”, concluyendo que “queda claro, por tanto, que las alteraciones analíticas tienen explicación en el contexto clínico que barajaba el facultativo del Hospital “X” que prestó la primera atención en Urgencias al paciente y de acuerdo con su impresión diagnóstica”.

Entendemos importante destacar que posteriormente a esa primera atención hospitalaria el paciente es remitido de nuevo al centro hospitalario, constando en el informe de alta que se realiza el ingreso a la “1:26 h” del día “22-10-2009” por “cuadro de dolor abdominal (...) de intensidad progresivamente creciente, asociado a mareo y náuseas en el día de hoy”; en esos momentos, señala el informe del Coordinador de Urgencias-SAMU del hospital, se “estimó oportuno” realizar “pruebas de imagen por la clínica más intensa y la exploración abdominal”, además debido a que “la analítica” ponía de manifiesto “el sangrado al constatar una disminución evidente de hemoglobina y hematocrito respecto a los valores obtenidos unas horas antes”. En relación con ello, el informe técnico de evaluación refleja que los facultativos, “tras constatar que existía un empeoramiento clínico y analítico respecto a la anterior asistencia prestada unas horas antes en el mismo Servicio”, procedieron a “ampliar los estudios complementarios y, tras realizar Eco/Tac, se llega al diagnóstico de rotura de aneurisma”, la cual, según indica el Coordinador de Urgencias-SAMU del hospital en su informe, “tiene una gran mortalidad, 2 de cada 3 pacientes mueren antes de ingresar” y es una patología “de inicio brusco y progreso rápido”, concluyendo el informe técnico

de evaluación que a “menudo la rotura del aneurisma es la primera manifestación clínica del mismo”, de manera que se estima que “solo un tercio se diagnostica antes de que se rompa”. El paciente es dado de alta en el Hospital “X” a las 2:45 h y trasladado al Hospital “Y”. A diferencia de lo manifestado en la reclamación, en la que se afirma que fallece “el paciente durante el traslado”, lo cierto es que llega con vida a dicho centro hospitalario, es intervenido a las 4 h y fallece a las 12:15 h del día 22 de octubre de 2009, según se recoge en el informe del Servicio de Medicina Intensiva de dicho hospital.

En suma, este Consejo entiende, a la luz de los hechos acreditados documentalmente, de los informes emitidos en el curso del procedimiento y de la documentación solicitada para mejor proveer, que no puede apreciarse deficiencia en la primera asistencia hospitalaria prestada, como afirman los reclamantes. Al paciente le realizaron la exploración y las pruebas complementarias adecuadas al dolor abdominal que presentaba, aunque la impresión diagnóstica tras la valoración de las mismas no fuese coincidente con el diagnóstico finalmente resultante. Que no se realizaran pruebas de imagen, omisión que reprochan los reclamantes, no revelaría negligencia si el paciente no presentaba en aquellos momentos los síntomas -la analítica- que aconsejaban la realización de las mismas, por lo que entonces y en aquel Servicio de Urgencias no resultaba exigible, conforme a la *lex artis*, practicar nuevas exploraciones. Además, los interesados no aportan ningún informe que se oponga a las explicaciones emitidas respecto a las causas que motivaron que ciertos valores resultasen alterados. En el segundo ingreso, ante el empeoramiento clínico y analítico que presentaba el paciente horas después del primer ingreso, se llevó a cabo una Eco-Tac que verificó el grave diagnóstico, si bien no se ha de olvidar la compleja predicción de la existencia de un aneurisma antes de que se rompa y la alta mortalidad de dicha patología. Por ello, consideramos que la evolución desfavorable no guarda

relación con la atención sanitaria, sino con la evolución de su grave enfermedad de base, y por tanto no existe nexo causal entre el daño alegado y el servicio público al que se imputa.

En consecuencia, al no concurrir nexo causal entre el fallecimiento del esposo y padre, respectivamente, de los interesados y el servicio público sanitario no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, lo que nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a 22

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.