

Expediente Núm. 28/2016
Dictamen Núm. 46/2016

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 25 de febrero de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 13 de enero de 2016 -registrada de entrada el día 26 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, como consecuencia de la asistencia prestada por el sistema público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de mayo de 2015, un letrado, en nombre y representación de los interesados, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial “por la deficiente asistencia sanitaria prestada” a su familiar.

Exponen que la paciente, de 73 años, “sufrió una caída el día 4 de febrero de 2015 con traumatismo de su costado izquierdo./ Ante el fuerte dolor que sufría acude a su médico de Atención Primaria (...), donde fue revisada el día 5 de febrero”. Manifiestan que en la exploración física presentaba “dolor a la palpación sobre pared costal, región escapular y axilar izquierda”, y resaltan que se le diagnosticó, “sin ningún tipo de estudio Rx (...), contusión torácica”, con indicación de analgésicos y “la recomendación de consultar en caso de fatiga”.

Señalan que “ante el aumento de dolor, que no cede ni con la ingesta de analgésicos, y la nula mejoría observada (...), acude de nuevo a su médico de Atención Primaria (...), donde tras nueva exploración se aprecia una crepitación y se solicita (...) Rx para descartar fracturas”. Este estudio “evidenció la existencia de fractura del tercer al décimo arcos costales izquierdos, motivo por el cual fue trasladada (...) al Servicio de Cirugía Torácica” del Hospital “X”, “donde ingresa el día 11 de febrero de 2015, practicándosele, además de un nuevo estudio de Rx, un TAC torácico y de abdomen superior en el que se evidencian las fracturas de los arcos costales (...), un hemotórax izquierdo, es decir, la presencia de aire y sangre en la cavidad torácica, así como enfisema subcutáneo”. Se le coloca un drenaje, con el que se obtuvieron 600 cc de contenido hemático, “que se retira al día siguiente -12 de febrero de 2015-, dándose el alta hospitalaria con una serie de indicaciones entre las que se incluye una revisión en consultas externas de Cirugía Torácica el 2 de marzo de 2015, previa realización de Rx”. Consignan que la paciente acude a su médico de Atención Primaria “para curas de la herida de drenaje”.

Refieren que “el día 19 de febrero de 2015, a las 8:30 horas aproximadamente, la paciente entró en parada cardiorrespiratoria” y que llamaron al SAMU y a su médico de Atención Primaria, “iniciándose a su llegada maniobras de recuperación cardiorrespiratoria sin resultado favorable”, falleciendo a las 9:07 horas.

Indican que en el “examen necrótico” que se le realizó el 20 de febrero de 2015 se apreciaron “múltiples fracturas costales izquierdas con abundante

hidrotórax (...). Pulmón izquierdo con lesiones parenquimatosas en forma de contusiones y laceraciones resultantes de las fracturas costales. Se observan grandes adherencias a la pared costal (...). Corazón: Escaso derrame pericárdico”, consignándose como “causa fundamental de la muerte (...) traumatismo costal izquierdo cerrado severo con múltiples fracturas costales./ Causa inmediata de la muerte: insuficiencia respiratoria aguda./ La etiología médico legal de la muerte es de tipo accidental”.

Reseñan que solicitaron un informe pericial en el que se recoge que “tras una exploración inicial (...), en (la) que se debe poner especial atención a la permeabilidad de las vías aéreas, la función cardiovascular y el nivel de conciencia, se debe proceder a la exploración específica del tórax, donde, al tratarse de un traumatismo cerrado, deberán descartarse la presencia de movimientos paradójicos de alguna zona de la pared torácica (volet costal), valorar asimismo el estado de las venas del cuello, la presencia o no de enfisema subcutáneo, palpar crepitación costal y valorar la auscultación pulmonar”. Se precisa en él, además, que “dentro de los procedimientos diagnósticos esenciales para este tipo de procesos (...) se debe practicar a la paciente una radiografía de tórax” y otras, como un TAC. Por último, se indica que “en el caso que nos ocupa nos encontramos con una mujer de 73 años que sufre un traumatismo costal el día 4 de febrero de 2015, por el que acude al día siguiente a su (médico de Atención Primaria) por dolor en hemitórax izquierdo”, y sostiene que “la exploración clínica no parece muy convincente”, puesto que solamente se anota que “ventila en ambos campos, aunque mal colaboradora, saturación de oxígeno no valorable, dolor a la palpación sobre la pared costal izquierda, la impresión diagnóstica es de contusión”.

Subrayan que “no se practica a la paciente más prueba diagnóstica, ni siquiera una simple Rx de tórax, hasta que el día 10 de febrero de 2015 (...) acude de nuevo a Urgencias de su centro de salud, apreciando su médico de Atención Primaria en el examen que realiza entonces la presencia de crepitación, solicitando un estudio Rx donde efectivamente se diagnostican las fracturas 3.º a 10.º arcos costales”. Ponen de relieve, con apoyo en el citado

informe pericial, que “esta prueba diagnóstica debería haber sido realizada de manera inicial, puesto que ante cualquier traumatismo torácico, máxime en personas de edad (...), es fundamental descartar la presencia de patología bien ósea, bien pulmonar”.

En cuanto al alta del día 12 de febrero, se remiten también al informe pericial, en el que se indica que, “aun cuando no se dude de que la evolución clínica de la paciente fue satisfactoria, no consta en ninguno de los informes a los que ha tenido acceso esta parte cuál era la gasometría (...) a su alta, todo ello para valorar la saturación de oxígeno”. Asimismo, recuerdan que “los protocolos sobre traumatismos torácicos, dentro del apartado de indicaciones de ingreso y pronóstico, el número de fracturas costales y edad del paciente son los factores más importantes que se deben estudiar, determinan que en edades por encima de los 65 años duplican la posibilidad de lesiones intratorácicas y la mortalidad. Cuando el número de fracturas, como en el caso que nos ocupa, es de seis (...) o más y hay presencia de volet torácico la indicación es de ingreso en UCI. Parece que ninguno de estos pasos se ha cumplido en esta paciente, puesto que tras la colocación de un tubo de drenaje torácico”, donde tuvo un débito de 600 cc de sangre, “y su estancia en planta durante 24 horas se le dio el alta al día siguiente a su ingreso, citando para un nuevo control (...) 19 días después del alta hospitalaria, sin ni siquiera indicar, como sería lógico, un control de Rx de tórax de pulmón a los pocos días del alta hospitalaria”.

Entienden que “la asistencia prestada a (la paciente) tras el traumatismo costal sufrido el día 4 de febrero de 2015, y por el que falleció el día 19 del mismo mes, no se ha ajustado a la correcta praxis médica”, privándola “del correcto tratamiento que hubiera evitado su fallecimiento por insuficiencia respiratoria aguda derivada del traumatismo costal izquierdo cerrado severo con múltiples fracturas costales”.

Razonan que se trata de “una prestación irregular, por deficiente, de la asistencia sanitaria a través de los Servicios de Atención Primaria (...) y, posteriormente, del Servicio de Cirugía Torácica” del Hospital “X”, “al no utilizar

los medios diagnósticos y de tratamiento efectivos que pudieron haber sido utilizados, ya que se disponía de ellos". Añaden que el funcionamiento del servicio público sanitario "ha sido anómalo, negligente y contrario a las más elementales reglas que rigen la *lex artis*", reiterando los reproches ya enunciados.

Sostienen que "el curso clínico seguido ha presentado deficiencias, tanto de manera inicial como tras su ingreso hospitalario, que han determinado una evolución nada satisfactoria que ha llevado al exitus de la paciente".

Valoran el daño sufrido, con aplicación del baremo de accidentes de circulación en un importe total de ciento cinco mil cuatrocientos cuarenta y ocho euros con noventa y dos céntimos (105.448,92 €), de los cuales 86.276,40 € corresponderían al cónyuge y 9.586,26 € a cada uno de los dos hijos.

Adjuntan, entre otros, los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos otorgado por los interesados a favor, entre otros, del letrado que actúa en su nombre. b) Hojas de episodios del centro de salud en las que consta, el 5 de febrero de 2015, contusión torácica, precisándose que "acude por caída ayer o antes de ayer en el muro. La tiró el viento, con golpe sobre costado izdo. Ha tomado alguna aspirina. AP: normal, ventila ambos campos, aunque mal colaborada. Sat. no valorable. Dolor a la palpación en pared costal línea medio escapular y axilar izdas./ Impresiona de contusión". Se pauta "Nolotil 1 ó 2 cada 6/h. Observar y consultar en caso de fatiga"; el 10 de febrero, "contusión torácica hace una semana. A la palpación, crepitación. Descartar fractura" y solicitud de Rx tórax; el 16 de febrero, "fractura de costillas 3 a 10", vista en el Hospital "X", Cirugía Torácica, drenaje mediante tub. de tórax, revisión el 2 de marzo, prescripción de fármaco y cura de herida quirúrgica con Betadine; el 20 de febrero, que "el 19 a las 8:30 llamada del SAMU, acudo a su domicilio. Parada cardiorrespiratoria. Inicio reanimación y pido ayuda al enfermero y al SAMU./ A las 10 marchamos dejando al SAMU. Continuaba en parada. Sospecha de hemoneumotórax recidivante que ocasiona la parada. No signos de violencia". c) Informe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital 'X', de 12 de febrero de 2015, relativo a un ingreso el día anterior por "traumatismo

torácico". Como antecedentes personales constan, entre otros, los de "esquizofrenia paranoide". d) Informe médico forense de autopsia, de 20 de febrero de 2015. e) Informe emitido por un gabinete especializado en Valoración del Daño Corporal e Incapacidades Laborales, de 5 de mayo de 2015, en el que se afirma que "en todo traumatismo torácico, máxime en personas de edad, cerrado como el caso que nos ocupa, se debería (...) haber solicitado según nuestro criterio una Rx PA de tórax pulmón y lateral de manera inicial para valorar posibles lesiones óseas o lesiones asociadas. En este caso se tardaron desde el 05-02 hasta el día 11-02, fecha de la siguiente visita, 6 días en la realización de dicho estudio Rx, donde se evidenció fractura de 8 arcos costales izquierdos unido a hemoneumotórax a dicho nivel". Afirma que "tras la asistencia hospitalaria, la colocación de un tubo de drenaje torácico, la paciente fue alta hospitalaria al día siguiente de su ingreso, siendo remitida a su domicilio y citada para revisión el 02-03-2015. Según nuestro criterio y los protocolos y bibliografía consultada, ya no hablamos de la realización de un TAC torácico de control, pero sí de un nuevo estudio Rx a los pocos días por parte bien en C. externas del C. hospitalario o bien por parte de su (médico de Atención Primaria) para confirmar la evolución favorable del proceso". Reseña que "ninguno de estos controles se le indicó", y que "el día 19-02-2015 a las 8:30 horas entró en parada cardiorrespiratoria de la cual no respondió a la reanimación cardiopulmonar practicada, abocando a la muerte de la paciente". Entiende que el "curso clínico seguido (...) ha presentado deficiencias, tanto de manera inicial como tras su ingreso hospitalario, que han determinado una evolución nada satisfactoria que han llevado al exitus de la paciente". Adjunta el protocolo de traumatismos torácicos de 2009 del Hospital Donostia en el que consta, en el apartado de indicaciones de ingreso y pronóstico, que "deberían ser ingresados en UCI pacientes con más de 6 fracturas costales o que presenten volet torácico./ Estas diferentes ubicaciones están sustentadas por la correlación de dicha situación con complicaciones posteriores como hemoneumotórax, contusión pulmonar e insuficiencia respiratoria (...). En cuanto a los factores pronósticos, el número de fracturas costales y la edad son

los factores más importantes estudiados. La edad por encima de 65 años duplica la probabilidad de lesiones intratorácicas y la mortalidad en dichos pacientes. Por cada fractura costal adicional en pacientes mayores de 65 años se incrementa un 19% la mortalidad y un 27% la probabilidad de neumonía". En cuanto a los signos y síntomas, señala "disnea, dolor torácico, tos (...). Crepitación a la palpación torácica si existe enfisema subcutáneo./ Hipoventilación en el lado afectado con timpanismo a la percusión (tened en cuenta que estos signos pueden estar enmascarados si coexiste hemotórax)./ Ingurgitación yugular. Puede no ser evidente si coexiste hipovolemia./ Desviación traqueal./ Cianosis./ Taquicardia, taquipnea, hipotensión". En el apartado de diagnóstico, consta "radiografía simple de tórax" y "TAC torácico". A continuación se explica que "el tratamiento del neumotórax traumático consiste en la colocación de un drenaje torácico", precisándose que los "pacientes que tengan más de tres fracturas costales y cualquiera de las complicaciones descritas en este protocolo (...), así como fracturas de las 3 primeras costillas, ingresarán por el cirujano torácico a su cargo en planta, UCI, o en nivel 2B (previo TAC)".

2. El día 29 de mayo de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. Consta registrada de salida en la Administración del Principado de Asturias el 1 de junio de 2015 y de entrada nuevamente en la misma Administración el 4 de junio de 2015.

3. Mediante escrito de 10 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les requiere para que procedan a acreditar el parentesco que alegan.

El día 19 de junio de 2015, los perjudicados presentan un escrito al que adjuntan el certificado de defunción de la paciente y una copia de la hoja de Libro de Familia en la que figura la anotación del matrimonio.

4. Con fecha 12 de junio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica de la paciente obrante en Atención Primaria y en Atención Especializada, así como un informe del médico de Atención Primaria y otro del Servicio de Urgencias, y a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica y un informe del Servicio de Cirugía Torácica.

El día 14 de julio de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios la información facilitada por el médico de Atención Primaria, el informe elaborado por la Jefa del Servicio de Urgencias y una copia de la historia clínica de la paciente.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe clínico de Urgencias del Hospital "Y", de 11 de febrero de 2015, por "dolor en costillas tras caída casual hace días". Como enfermedad actual consta que "hoy acude a otros temas" a su médico de Atención Primaria y "la derivan al hospital por sospecha de fracturas costales. No cuenta dolor ni disnea". Consta exploración física, analíticas, "Rx de tórax: compatible con hemo-hidro/neumotórax./ TAC torácico: hemoneumotórax. Fracturas costales". b) Informes relativos a una Rx de parrilla costal izquierda y tórax PA – AP y TAC de tórax, de 10 de febrero de 2015. c) Informe de analítica del mismo día.

El Médico de Atención Primaria expone, con fecha 3 de julio de 2015, que la paciente "acude el día 5 de febrero de 2015 por sufrir caída uno o dos días antes (...), quejándose de dolor en el costado izquierdo. Fue atendida por (...) la doctora" que identifica, "quien tras la pertinente exploración constata una auscultación pulmonar normal, ventilación en ambos campos y dolor a la palpación en pared costal izquierda, sin más signos ni síntomas, por lo que su impresión diagnóstica fue de contusión costal, no considerando la posibilidad,

dada la ausencia de signos, de ulteriores pruebas diagnósticas, pautándole analgésicos y conminándola a un periodo de observación, y en caso de empeoramiento acudir de nuevo a consulta”. Refiere que cinco días más tarde vuelve por el mismo motivo y que fue atendida por el facultativo que emite el informe, “quien tras la exploración detecta crepitación en la pared costal izquierda, por lo que le solicita exploración complementaria de radiología, para descartar fractura costal./ Desde Radiología, dadas las importantes lesiones (fracturas de varios arcos costales y neumotórax) la derivan al Hospital ‘Y’, y de ahí al Hospital ‘X’, al Servicio de Cirugía Torácica. Reseña que el día 16 de febrero de 2015 “acude a la consulta del centro de salud y que “por parte del enfermero se revisan y curan las heridas causadas por el drenaje del neumotórax”. El día 19 de febrero de 2015 a las 8:30 horas “demandan asistencia en domicilio por malestar y no poder levantarse. Acudo inmediatamente a la cabecera de la paciente, compruebo que está en parada cardiorrespiratoria, iniciando al instante maniobras” de reanimación cardiopulmonar, “pidiendo ayuda al SAMU y al enfermero, abandonando el domicilio sin éxito con la paciente en parada. Escribo en la historia del OMI la actuación y mi sospecha de la causa de la muerte”. Adjunta las hojas del episodio relativo a “contusión torácica” y el informe de alta del Servicio de Cirugía Torácica, de 12 de febrero de 2015.

La Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital “Y” informa, con fecha 6 de julio de 2015, que “el 10 de febrero (22:05) es remitida a Urgencias por su médico de Atención Primaria ante la evolución desfavorable (aumento del dolor que no cede con analgesia y objetivar crepitación subcutánea)./ En el Hospital ‘Y’: tras valorar clínicamente a la paciente (sin disnea y con sat O₂ 97%), se solicitó Rx tórax y posteriormente TAC torácico./ Con diagnóstico de múltiples fracturas costales y hemoneumotórax./ Se colocó tubo de drenaje hemitórax izdo. y se trasladó al Servicio de Cirugía Torácica” del Hospital “X”.

Mediante oficios de 29 y 31 de julio de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de

Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y un informe del Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital "X".

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Listado de resultados relativos a Sat O₂, constando siete lecturas de entre 97 y 95%, realizadas entre las 4:10 y las 23:27 horas del día 11 de febrero de 2015, dos lecturas de 94% a las 9:00 y a las 20:00 horas del día 12 de febrero y una lectura de 93% a las 9:00 horas del día 13 de febrero de 2015. b) Listado de indicaciones, en el que se consignan radiografías de tórax "portátil (AP)" los días 11 de febrero de 2015, a las 4:56 y a las 9:32 horas; (PA y LAT) el día 12 de febrero, a las 10:05 y a las 12:46 horas, y el día 13 de febrero a las 10:55 horas. c) Informe clínico de alta, de 13 de febrero de 2015, en el que consta como fecha de alta el día 12. En evolución y comentarios se consigna que "la paciente ingresa a nuestro cargo para control clínico-radiológico de hidroneumotórax izquierdo (...). Evoluciona favorablemente con buenas constantes, buenos controles analíticos y radiológicos, por lo que se decide la retirada del drenaje el día 12-1-15 y alta". Como tratamiento y recomendaciones, se indica "acudir a revisión en consultas externas de Cirugía Torácica el día 2 de marzo con previa realización de radiografía de tórax con el volante adjunto".

El día 29 de julio de 2015, el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica informa que "a la exploración física exhaustiva que se realiza a su llegada" al Hospital "X" "por parte del cirujano de guardia no se constata la presencia de volet costal (o movimiento paradójico del hemitórax izquierdo), este es un diagnóstico clínico, no radiológico (...). La paciente a su ingreso presenta una saturación de 97% (normal), y se mantuvo durante el mismo por encima de 93% (...), encontrándose (...) sin disnea durante toda la permanencia en la Unidad (...). Esta prueba de rutina queda reflejada en la historia electrónica de la enferma (...). En cuanto a la determinación de gases arteriales (prueba invasiva, dolorosa y no exenta de riesgos) (...), no estaba indicada, dado que tenía saturaciones normales y clínicamente (...) no presentaba disnea." Sostiene que "la paciente no cumplía ningún criterio para ser valorada por el Servicio de

Vigilancia Intensiva, según la mayoría de protocolos instaurados para el manejo del traumatismo torácico (no había contusión pulmonar, no existía volet costal, no existía insuficiencia respiratoria). El número de arcos costales fracturados no es criterio de ingreso en Unidades de Vigilancia Intensiva (...). La evolución clínica valorada diariamente en el pase de visita fue satisfactoria, estando la paciente con dolor controlado y sin disnea durante todo el ingreso (...). Durante su estancia en la Unidad se le realizaron (...) radiografías de tórax seriadas (hasta 6 en 72 horas) que constataron la buena evolución radiológica, presentando en la previa al alta fracturas costales, pulmón expandido, no signos de contusión pulmonar y un mínimo pinzamiento residual en el seno costofrénico izdo., habitual durante los primeros días en pacientes que han sido portadores de drenaje torácico./ Asimismo se le realizaron dos analíticas que fueron normales, salvo hiperglucemia (en el contexto de paciente diabética ya conocida) (...). La evolución del drenaje fue satisfactoria, evacuando en las primeras horas la totalidad del contenido acumulado en la cavidad pleural durante los días que mediaron entre la caída y su llegada a nuestro centro (6 días), el débito por dicho drenaje disminuyó hasta hacerse de muy escasa cuantía, por lo que se retiró el mismo, comprobándose la buena evolución a las 24 horas en radiografía (...). La revisión se programó protocolariamente entre 15 y 20 días, dado que es el tiempo que se estima necesario para poder valorar las eventuales complicaciones que surjan tras el alta". Por tanto, entiende que "la actuación del Servicio de Cirugía Torácica fue en todo momento correcta, ajustada a protocolo y conforme a la *lex artis*".

5. El día 11 de septiembre de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él resume los reproches en los que se fundamenta la reclamación en la omisión de una "Rx de tórax en la primera visita" al médico de Atención Primaria "el 5-2-2015 y tras su ingreso hospitalario (el informe del perito privado señala la necesidad de hacer una Rx de tórax `a los pocos días del alta hospitalaria´)".

En relación con la omisión en el primer momento, señala que “cuando (...) acude por primera vez a la consulta” del médico de Atención Primaria “no presentaba signos que hiciesen pensar en fracturas costales (la paciente no tenía disnea, la auscultación pulmonar era normal y no se apreció crepitación), ya que solo refería dolor torácico, por lo que la impresión diagnóstica fue contusión costal” y se le “recomendó volver a consulta si aparecía fatiga. Ya en la consulta realizada el 10-2-2015, al apreciarse crepitación en la pared costal izquierda, se solicita Rx de tórax y, a la vista del resultado (...), es enviada de forma urgente” al Hospital “Y”. De todas formas, sostiene que “este `retraso diagnóstico´ alegado no influyó en el fallecimiento de la paciente”, y remite al informe del Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital “X”. Añade que “tras el alta hospitalaria la paciente acudió a consulta” con su médico de Atención Primaria “el 16-2-2015 (a los 3 días del alta) sin que refiriese ninguna sintomatología relacionada con el traumatismo padecido”.

A su juicio, “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El fallecimiento se produjo por una complicación aguda relacionada con las fracturas costales y que fue imprevisible e inevitable, no guardando ninguna relación con la asistencia dispensada”.

6. Con fecha 25 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una 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.

7. Obra incorporado al expediente el informe emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito el 24 de octubre de 2015 por cuatro especialistas, uno de ellos en Cirugía General y tres en Cirugía General y Digestivo, estando especializado uno de estos últimos también en Cirugía Torácica. En él exponen que “tras el traumatismo” la paciente no acude a la consulta de su médico de Atención Primaria, “acompañada de su familia, hasta el día siguiente”. Vista en la consulta del

centro de salud, "y tras una correcta exploración clínica en la que se realiza auscultación y palpación del tórax, que se anotan como normales, es derivada al domicilio con recomendaciones, entre otras acudir en caso de fatiga (disnea)". Afirman que de acuerdo con la historia clínica de "este episodio hemos de señalar que la actuación fue correcta, acorde con la sintomatología que presentaba y que no influyó para nada en la causa de la muerte el 19-02-15".

Manifiestan que "acude de nuevo a la consulta" del médico de Atención Primaria "5 días más tarde sin que sepamos el curso de la patología en esos 5 días, puesto que al parecer nadie avisa a su médico ni la llevan a ningún centro de salud./ Explorada de manera correcta en la consulta, se aprecian signos y síntomas clínicos que no presentaba 5 días antes. Ante la sospecha de fracturas costales, por crepitación de la pared torácica izquierda, se solicita una Rx de tórax, siendo derivada" a Urgencias del Hospital "Y", "donde procedieron a la colocación de un tubo de tórax izquierdo ante la presencia de un hemoneumotórax./ De manera correcta se deriva a las 24 horas" al Hospital "X", "en donde permanece ingresada 24 horas. En las pruebas de imagen se observa que el pulmón está expandido, motivo por el cual es dada de alta a las 24 horas (...). Tras el alta, a los 4 días, acudió a la consulta" de su médico de Atención Primaria "sin que refiriera patología respiratoria, procediéndose a la realización de curas de la herida del tubo de tórax (...). La necropsia señala la existencia de un hidrotórax izquierdo, sin correlación clínica en los días previos, y lesiones parenquimatosas que no existían en las pruebas de imagen realizadas una semana antes" en el Hospital "X" "y que muy bien (...), como ocurre en muchas ocasiones de maniobras de resucitación en traumatismos torácicos, pudiera estar en relación con estas, al comprimir la pared torácica para tratar de reanimar a los pacientes".

Tras realizar diversas consideraciones sobre los traumatismos torácicos, las fracturas costales y el hemotórax, concluyen que "la paciente sufrió un traumatismo casual el 04-02-15 con afectación del hemitórax izquierdo, no acudiendo a la consulta de su (médico de Atención Primaria hasta el día

siguiente". Destacan, entre los antecedentes, "que era una persona con IABVD y esquizofrenia paranoide, por lo que era absolutamente dependiente de la familia".

Refieren que "el 05-02-15 se realiza por parte de su (médico de Atención Primaria) una exploración correcta que incluye auscultación pulmonar, que era normal, y una palpación torácica en la que no se aprecian signos de crepitación costal. El diagnóstico de contusión costal es acorde con la sintomatología y la exploración que presentaba la paciente. El alta con recomendaciones es correcta (...). El 10-05-15, es decir 5 días más tarde, acude de nuevo al (médico de Atención Primaria). En la exploración se aprecian signos de crepitación de pared torácica izquierda, motivo por el cual se solicitan pruebas de imagen, ingresando a la paciente" en el Hospital "Y". Tras ser trasladada al Hospital "X" "se realiza un control y seguimiento del traumatismo torácico (...). De acuerdo con la (historia) clínica de Atención Primaria, la actuación en la consulta (...) fue correcta, acorde con la sintomatología que presentaba y no influyó para nada en la causa de la muerte el 19-02-15".

Sostienen que, "de acuerdo con la documentación examinada, se puede concluir (...) que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta y acorde con la *lex artis*".

8. El día 16 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas 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.

Con fecha 1 de diciembre de 2015, el representante de los perjudicados presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que la lectura de la historia clínica "nos indica que en la asistencia sanitaria prestada a la fallecida (...) han existido desviaciones con respecto a la correcta praxis médica que han determinado que sus lesiones costales terminaran provocando la muerte de la paciente, tal y como se refleja en el informe forense aportado al expediente, sin

que por parte de los servicios médicos se adoptaran aquellas actuaciones que hubieran podido evitar ese fatal desenlace”.

Indica que no se aportan los protocolos a los que se remiten tanto el informe técnico de evaluación como el informe emitido a petición de la aseguradora del Principado de Asturias, y a los que según los mismos es conforme la asistencia prestada en este caso.

Se ratifica en la reclamación inicial, al entender que “no puede hablarse de correcta praxis médica cuando a una persona de 73 años que acude a su (médico de Atención Primaria) tras caída accidental y aquejada de un fuerte dolor costal no se le aprecia la existencia de siete costillas rotas, así como hemotórax izquierdo y enfisema subcutáneo”, y que “sea la impresión diagnóstica de ‘contusión torácica’ sin más, y se la remita a casa con analgésicos y la recomendación de volver si se fatiga./ No hace falta recordar el respeto que el criterio facultativo tiene para una paciente como la que nos ocupa, que siempre creyó que su lesión, pese al insoportable dolor que padecía, no era grave y se limitaba a un contusión. Por ello, la sorpresa -mejor dicho, desasosiego y zozobra- generada cuando cuatro días después acude nuevamente a su médico de cabecera se le realiza una radiografía (la primera) y se aprecian esas siete costillas rotas fue mayúscula y descorazonadora”.

Se opone a la consideración de los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento de que la actuación del médico de Atención Primaria que atiende inicialmente a la paciente fue correcta, y de que, en cualquier caso, no ha tenido incidencia en el devenir de los hechos, con la que muestra su “más absoluta disconformidad, pues siete costillas rotas, con hemitórax y enfisema subcutáneo no pueden pasar desapercibidos y confundirse con una mera contusión costal por el hecho de no realizarse a la paciente una simple radiografía”.

Alega daño desproporcionado, sosteniendo que “no es suficiente expresar que no hubo mala praxis porque en el caso (de) que se hubiera producido habría constituido, en sí misma, el título de imputación necesario”, sino que es preciso que “se explique por la Administración requerida porqué a

pesar de la buena praxis aludida (y que negamos en los términos expresados en el presente escrito y en el anterior de reclamación) ha tenido lugar el daño inusual y desproporcionado denunciado con la patología de origen”.

9. Con fecha 10 de diciembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos contenidos en los informes emitidos en el procedimiento. Afirma que “en el presente caso la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Las decisiones diagnósticas y terapéuticas fueron tomadas en función de la clínica que la paciente presentaba. El alta hospitalaria fue correcta, ya que en ese momento no existía ningún dato clínico o radiológico que aconsejaran posponerla. El fallecimiento se produjo por una complicación aguda relacionada con las fracturas costales y que fue imprevisible e inevitable, no guardando ninguna relación con la asistencia dispensada”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de enero de 2016, 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 Sanidad, 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 el esposo -según se desprende del Libro de Familia- activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

El citado Libro solo recoge el matrimonio, por lo que no acredita la relación de parentesco que alegan los otros reclamantes. Al no haber cuestionado la Administración en ningún momento su condición de interesados, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución, y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, procede analizar el fondo de la cuestión controvertida, no sin antes advertir de que si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique dicha legitimación mediante la acreditación formal de la plena identidad de los reclamantes y su relación con la fallecida.

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 27 de mayo de 2015, habiendo tenido lugar el fallecimiento del que trae origen el día 19 de febrero del mismo año, 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.

Sin embargo, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro de la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos.

Asimismo, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de los daños que sufren los familiares de una paciente como consecuencia del fallecimiento de esta, atribuido a la asistencia sanitaria que se le dispensó tras un traumatismo torácico.

Resulta del expediente el fallecimiento de la paciente el día 19 de febrero de 2015, por lo que hemos de reconocer en sus parientes la realidad de un daño de naturaleza moral, susceptible de reclamación.

La paciente falleció en su domicilio, y en el listado de episodios de su centro de salud consta el de "contusión torácica", iniciado el día 5 de febrero de 2015 y cerrado el día 20 del mismo mes, anotando su médico "el 19 a las 8:30 llamada del SAMU, acudo a su domicilio. Parada cardiorrespiratoria (...). Sospecha de hemoneumotórax recidivante que ocasiona la parada".

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 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 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 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*.

Tras relatar la asistencia dispensada a la paciente en su centro de salud, en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y" y en el Servicio de Cirugía Torácica

del Hospital "X" entre los días 5 y 16 de febrero de 2015, el representante de los interesados reprocha la omisión de una radiografía de tórax el primer día en que fue vista en el centro de salud (5 de febrero), la omisión una de gasometría cuando fue dada de alta en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital "X" y la omisión de una nueva radiografía unos días después de haber sido dada de alta.

La consideración de dichas tachas requiere la fijación de algunos extremos de hecho tal y como resultan del procedimiento. En cuanto a la asistencia que se le dispensó a la paciente, consta en el episodio relativo a "contusión torácica" del centro de salud que había acudido el día 5 de febrero de 2015 refiriendo haber caído. La médica que pasaba consulta ese día le realizó -según propia anotación- auscultación pulmonar, que fue "normal. Ventila ambos campos. Aunque mal colaboradora". La saturación no era valorable y presentaba "dolor a la palpación en pared costal línea medio escapular y axilar" izquierdas. La impresión de la facultativa fue de "contusión", recomendando "Nolotil" y "observar y consultar en caso de fatiga".

El perito de la parte interesada considera que "la exploración clínica no parece muy convincente", pero esta es una afirmación subjetiva que no desvirtúa la realidad de dicha exploración ni el resultado de la misma, según ha quedado consignado por la médica que la realizó. Entiende este perito que debería haberse efectuado una radiografía de tórax, "puesto que ante cualquier traumatismo torácico, máxime en personas de edad (...), es fundamental (...) descartar la presencia de patología bien ósea, bien pulmonar".

Al respecto, el informe técnico de evaluación señala que la paciente "no presentaba signos que hiciesen pensar en fracturas costales", detallando que "no tenía disnea, la auscultación pulmonar era normal y no se apreció crepitación"; solo refería dolor torácico.

Por su parte, los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora consideran también que la actuación en el momento inicial fue acorde con la sintomatología que la paciente presentaba, añadiendo que "el alta con recomendaciones es correcta".

Acude nuevamente a consulta al centro de salud el día 10 de febrero de 2015 presentando crepitación, y el médico de Atención Primaria solicita inmediatamente una radiografía de tórax para descartar fractura. Este facultativo relata en el informe emitido en el curso del procedimiento que “desde Radiología, dadas las importantes lesiones (fracturas de varios arcos costales y neumotórax) la derivan al Hospital ‘Y’ (...), y de ahí” al Hospital “X”, “al Servicio de Cirugía Torácica”.

De los documentos que integran la historia clínica electrónica se deduce que permaneció ingresada en este Servicio entre aproximadamente las 4:00 horas del día 11 de febrero hasta las 14:29 horas del día 13 de febrero, aunque el informe de alta figura fechado el 12 de febrero de 2015, justificándose el alta por la buena evolución de la paciente tras colocación de un drenaje, con “buenos controles analíticos y radiológicos”.

Admitiendo la buena evolución, el informe pericial elaborado a instancia de los interesados reprocha la omisión de su ingreso en la UCI -remitiéndose al protocolo del Hospital Donostia de 2009-, de realización de una gasometría en el momento del alta y de una radiografía de tórax de pulmón de control a los pocos días del alta hospitalaria.

El hecho de que la paciente haya o no estado ingresada en la UCI resulta irrelevante, toda vez que la recomendación de ingreso no puede referirse a una cuestión de carácter formal, sino a unos requisitos de vigilancia. Sobre estos, entre otros parámetros e indicaciones, figuran anotadas en la historia clínica las radiografías que se le practicaron a aquella (un total de seis), así como nueve mediciones de saturación de oxígeno. El perito de la parte reclamante no justifica la necesidad de más mediciones, ni tampoco la incidencia que pudieran haber tenido las mismas en la evolución de la paciente.

Por otro lado, el Servicio de Cirugía Torácica consta en el protocolo que cita el mencionado perito como uno de los posibles destinos finales de los pacientes con traumatismo torácico.

En cuanto a la gasometría, el perito de los interesados la considera necesaria para valorar la “saturación de oxígeno”, lo que permite albergar

dudas sobre la prueba a la que -en realidad- se refiere. Además, el Jefe del Servicio de Cirugía Torácica señala que la determinación de gases arteriales (gasometría) es una prueba invasiva, dolorosa y no exenta de riesgos, y que no estaba indicada, “dado que tenía saturaciones normales y clínicamente (...) no presentaba disnea”. Además, sobre la saturación de oxígeno, consta que fue normal durante todo el ingreso, según las nueve mediciones que se le realizaron.

En el informe de alta figura la recomendación de una radiografía antes de la revisión del día 2 de marzo de 2015, por lo que no cabe apreciar omisión de la misma. Si no se pudo practicar fue por el fallecimiento de la paciente el día 19 de febrero. El informe pericial emitido a instancia de los perjudicados no justifica la necesidad de haber fijado su realización en un plazo más breve.

Por último, hay que considerar los antecedentes de la paciente que destacan los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. A saber, que la ahora fallecida era “dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y que presentaba esquizofrenia paranoide”, por lo que dichos especialistas afirman que era “absolutamente dependiente de la familia”. Tales extremos no han sido rebatidos por el representante de los reclamantes, quien aduce en el trámite de audiencia -parece que con base en ellos- “el respeto que el criterio facultativo tiene para una paciente como la que nos ocupa, que siempre creyó que su lesión, pese al insostenible dolor que padecía, no era grave y se limitaba a una contusión”.

Puesto que la paciente no estaba en plenas facultades mentales, ante el traumatismo por ella sufrido pesaba sobre la familia la obligación de incrementar la vigilancia y cuidados que es de suponer -en buena lógica- le procuraban de ordinario; más si cabe cuando solo ellos conocían el verdadero alcance y etiología de aquel. Si la paciente no acudió al médico hasta uno o dos días después del traumatismo y tras la toma en su domicilio de “alguna aspirina”, debemos inferir que las lesiones no aparentaban ser muy graves, lo que coincide con el diagnóstico inicial de contusión torácica.

En el listado de episodios del centro de salud la médica anotó que la paciente acude el día 5 de febrero de 2015 por "caída ayer o antes de ayer en el muro. La tiró el viento, con golpe sobre costado izdo. Ha tomado alguna aspirina". Los interesados conocieron en el momento de presentar la reclamación este listado -dado que se adjunta al escrito inicial- sin formular reparo alguno a este relato.

Tras la primera asistencia del día 5 de febrero de 2015 la familia no solicita una nueva hasta 5 días después, el día 10 de febrero, otra vez en el centro de salud. De ello, podemos deducir -al igual que los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora- que durante esos 5 días la familia no apreció empeoramiento en el estado de salud de la paciente.

Es más, en el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "Y" de 11 de febrero de 2015 consta que "acude a otros temas a su (médico de Atención Primaria) y la derivan al hospital por sospecha de fracturas costales. No cuenta dolor, ni disnea".

El día 16 de febrero -tres días después del alta en el Servicio de Cirugía Torácica- la paciente acude a curarse al centro de salud sin que conste referencia alguna a un cambio en su estado de salud tras el alta.

De todo ello resulta un curso insidioso de la dolencia del que no se pudieron percatar ni sus familiares más próximos. No se puede pedir a los facultativos del servicio público que sospechen dolencias más allá de los síntomas que presentan quienes acuden a consulta o de los datos que se les aportan en la anamnesis.

El informe técnico de evaluación señala que el fallecimiento se produjo por una complicación aguda relacionada con las fracturas costales y que fue imprevisible e inevitable, no guardando ninguna relación con la asistencia dispensada.

En definitiva, no podemos apreciar funcionamiento anormal del servicio público sanitario. El fallecimiento de la paciente se debió a las lesiones torácicas que sufrió como consecuencia de un traumatismo y que no pudieron ser

curadas por la asistencia dispensada por los facultativos, que fue correcta. El resultado luctuoso no permite apreciar infracción de la *lex artis*.

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,