

Dictamen Núm. 125/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 1 de julio de 2021, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 24 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria causada por error diagnóstico en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de marzo de 2020, la viuda y la hija de un paciente fallecido presentan a través del Registro Electrónico del Ayuntamiento de Gijón una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital “X”.

Exponen que el 1 de marzo de 2019 su familiar, “de 62 años de edad, comenzó a encontrarse mal, con sensación de mareos, vómitos, dolor de cabeza, falta de fuerza en las piernas. Como consecuencia de ello se llamó al 112, acudiendo al domicilio la (...) médica de cabecera, quien tras examinarlo y

apreciar gravedad en su estado. y sospechando la presencia de un ictus, recomendó llamar al SAMU y derivar al enfermo a Urgencias `X´”, donde “tras realizarse algunas pruebas se decide alta a domicilio y se diagnostica `vértigo periférico´./ Entre dichas pruebas (...) no se le realizó una exploración neurológica completa, no se le puso en pie, ni se exploró la marcha, no se comprobaron posibles disimetrías (talón/rodilla y dedo/nariz), no se realizó un escáner, ni fue visto por el Servicio de Neurología, a pesar de existir un Servicio de Neurología de guardia” en el referido hospital.

Explican que “al día siguiente (...) no se despertaba, por lo que se llama a una ambulancia y es trasladado de nuevo a Urgencias, en coma (...). Realizado un TAC craneal, pone de manifiesto los siguientes hallazgos:/ extensa área hipodensa en hemisferio cerebeloso izquierdo, así como otra de menor tamaño en hemisferio cerebeloso derecho en situación parasagital, en probable relación con evento isquémico de tiempo de evolución indeterminado. No se demuestran captaciones patológicas en el parénquima encefálico tras la administración de contraste”, por lo que es trasladado al Hospital “Y”, ingresando en la UCI. El diagnóstico al ingreso es de “ictus maligno cerebeloso izquierdo. Hidrocefalia”, siendo intervenido quirúrgicamente y falleciendo el día 6 de marzo de 2019.

Consideran que “ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc* por la incorrecta interpretación de la sintomatología que presentó el paciente al acudir el día 1 de marzo” al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “de forma que no se pudieron paliar o disminuir los efectos derivados de su desarrollo, provocándose la muerte del paciente./ A su llegada deberían de haberle realizado pruebas para descartar la existencia de la lesión que después le causó la muerte (...). Es evidente que en esa primera visita al hospital (...) se dejaron de utilizar los recursos necesarios a disposición del Servicio de Salud del Principado de Asturias para el diagnóstico de la enfermedad que presentaba el paciente, y que de haberse utilizado en ese primer momento sin duda la evolución hubiera sido otra”, mencionando que el error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Fijan el *quantum* indemnizatorio en la cantidad de ciento cincuenta mil euros (150.000 €), de los cuales 120.000 € corresponderían a la viuda y 30.000 € a la hija.

Se acompaña copia del Libro de Familia; certificado de defunción del finado; diversa documentación clínica emitida por el Centro de Salud, el Hospital "X" y el Hospital "Y", incluyendo el informe relativo a la cirugía practicada el 2 de marzo de 2019, en que se lleva a cabo "NRC craneotomía descompresiva" y "NRC ventriculostomía externa".

El informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X" de 1 de marzo de 2019 refleja como motivo de la consulta "mareo", y en el apartado relativo a historia actual se indica que se trata de un "varón de 61 años que acude a Urgencias por mareo desde la tarde de ayer. Comenzó de manera brusca al incorporarse del sofá. Se acompaña de dolor a nivel occipital, náuseas y vómitos. Imposibilidad para la deambulación por intenso mareo sin claro giro de objetos. No refiere alteraciones auditivas, no acúfenos. No clínica a otro nivel. No dolor torácico ni clínica de disnea", reflejando el resultado de la práctica de diversas pruebas y que "se decide alta a domicilio con control ambulatorio en su centro de salud", estableciéndose el diagnóstico de "vértigo periférico".

El informe del Servicio de Urgencias del mismo hospital correspondiente al 2 de marzo de 2019 señala como motivo de la consulta "mal estado general", reseñándose que "esta mañana no se despierta" y que se trata de un "paciente de 61 años traído en UVI móvil en coma", decidiéndose su traslado al Hospital "Y" tras la realización de diversas pruebas que se especifican.

El informe de la exploración neurofisiológica practicada el día 2 de marzo concluye la "práctica ausencia de actividad bioeléctrica cerebral (...), de muy mal pronóstico de recuperación en el momento actual".

2. Mediante escrito de 9 de junio de 2020, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en dicho Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 7 de julio de 2020, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente y los informes emitidos por la Doctora del Centro de Salud y la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X".

El informe emitido por la Médica de Atención Primaria el 15 de junio de 2020 refleja haberlo "atendido en domicilio en dicha fecha (...), con derivación a Urgencias" del Hospital "X". Como consta en su historia clínica, "refiere mareo, sensación de inestabilidad, vómitos y cefalea occipital desde hace 12 horas, no fiebre, ni disnea, no dolor torácico, ni ningún otro sx acompañante. COC, BEG; eupneico, afebril, TA: 160/85, DX: 187, SAT: 99 % FC: 78x, ACP: normal, abd: blando, depresible, no doloroso a la palpación peristalsis +, PPRB -, pulsos +, no signos de peritonismo, EEII: no edema, EN: imposibilidad para la deambulación por mareo, leve nistagmus con mirada hacia la izda., resto normal. Hablado con SAMU, se deriva a Urg. `X`".

El informe suscrito por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" el 1 de julio de 2020 señala que "en la primera valoración del paciente la anamnesis y la exploración detallada no hacen sospechar una patología isquémica aguda", y que "la mejoría del cuadro clínico con la administración de sulpirida (Dogmatil) conllevó el diagnóstico de sospecha de vértigo periférico", tras exponer que se llevó a cabo "una exploración física completa que incluye una valoración neurológica" y "pruebas complementarias".

4. Con fecha 2 de octubre de 2020, las interesadas presentan un recurso potestativo de reposición frente a la desestimación presunta de la reclamación, interesando que se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en los términos solicitados.

5. A continuación se incorpora al expediente un informe pericial emitido por dos facultativos, máster en Peritaje Médico y Valoración del Daño Corporal, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración en el que se concluye que "no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada (...) por parte de los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias (...). El diagnóstico fue adecuado y coherente con los

datos clínicos que se tenían en ese momento, sin objetivarse una inobservancia del deber de cuidado”.

6. Mediante oficio notificado a las interesadas el 25 de marzo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 16 de abril de 2021, las reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que reiteran sus pretensiones con base en la existencia de una “infracción de la *lex artis ad hoc* por la incorrecta interpretación de la sintomatología que presentó el paciente al acudir el día 1 de marzo” al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, al entender que “a su llegada deberían de haberle realizado pruebas para descartar la existencia de la lesión que después le causó la muerte”, considerando que su sintomatología indicaba la “necesidad (...) de llevar a cabo un TC craneal urgente” y que la derivación realizada por la médica que le atiende en el domicilio refleja la probabilidad de ictus, por lo que cabe apreciar un error de diagnóstico, estimando que en caso contrario, “sin duda, la evolución hubiera sido otra”.

8. Con fecha 27 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella concluye que “en el caso que nos ocupa se han puesto en todo momento los medios necesarios y disponibles de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba el paciente, siendo atendido de forma diligente”, sin que este cumpliera en el momento de la exploración neurológica criterios de activación del código ictus del Principado de Asturias, que consisten en “presentar un déficit neurológico focal agudo” que se traduce en “pérdida de fuerza en un hemicuerpo. Asimetría facial. Dificultad para hablar. El tiempo de evolución de los síntomas inferior (o posiblemente inferior) a seis horas o ictus de despertar”. Explicita que en este caso “no se cumplía ningún criterio de inclusión. No presentaba ninguno de los déficits neurológicos descritos y el

tiempo de evolución de los síntomas en el momento de la consulta el día 1 de marzo ya era superior a 6 horas”.

Añade que “tras el tratamiento con sedante vestibular (Dogmatil), que es efectivo solo en los casos de vértigo periférico y analgesia, mejoraron el mareo y la cefalea, lo que apoyó aún más la sospecha de vértigo de origen periférico, por lo que así se diagnosticó y se dio de alta al paciente con tratamiento y con la recomendación de volver en caso de empeoramiento”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de mayo de 2021, 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 RP de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 5 de marzo de 2020, y los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- se producen el día 6 de marzo de 2019, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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, se observa 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, aun teniendo en cuenta la suspensión de dicho plazo entre el 14 de marzo y el 1 de junio de 2020 en virtud de lo previsto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus prórrogas, y en el artículo 9 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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.- Reclaman las interesadas una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que achacan a la deficiente asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", al considerar que no se realizaron las pruebas adecuadas para determinar si estaba padeciendo un ictus, dándole el alta con el diagnóstico de vértigo periférico e incurriendo así en error diagnóstico causante del fatal desenlace.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama. Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 49/2021), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiendo 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 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 previo estado del paciente o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los elementos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, recae sobre las interesadas la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica -extremo netamente técnico-, debiendo repararse en que en este caso se limitan a formular un juicio *ex post facto* a la luz del trágico resultado, sin aportar informes médicos que sostengan que concurrían síntomas reveladores de la necesaria activación del protocolo instaurado para el abordaje del ictus.

En el supuesto planteado, las perjudicadas reprochan al servicio público sanitario la inadecuada interpretación de los síntomas que presentaba el paciente cuando acudió al Servicio de Urgencias derivado por la médica de Atención Primaria el día 1 de marzo de 2019 y la falta de práctica de determinadas pruebas, indicando que “no se le realizó una exploración neurológica completa, no se le puso en pie, ni se exploró la marcha, no se comprobaron posibles disimetrías (talón/rodilla y dedo/nariz), no se realizó un escáner, ni fue visto por el Servicio de Neurología, a pesar de existir un Servicio de Neurología de guardia” en el hospital, suponiendo que de haberse realizado las mismas no se habría producido el error diagnóstico, “de forma que no se pudieron paliar o disminuir los efectos derivados de su desarrollo, provocándose la muerte del paciente”. En particular, denuncian que “un paciente con vértigo en Urgencias, con presencia de cefalea significativa asociada al cuadro de vértigo, así como la presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y elevadas cifras de glucemia detectadas en la primera visita al Servicio de Urgencias del Hospital “X”), determinan la necesidad de acuerdo con la *lex artis* de llevar a cabo un TC craneal urgente, lo que evidentemente no se hizo”.

Frente a lo manifestado por las reclamantes, la propuesta de resolución, al igual que la única pericial obrante en el expediente -además de los informes

clínicos de los propios Servicios hospitalarios intervinientes-, justifica que la exploración realizada al paciente en su visita al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el día 1 de marzo de 2019 -fecha en la que se centra la denuncia de mala praxis- fue completa y adecuada dada la sintomatología que presentaba. Indica que "en pacientes con vértigo periférico, en la práctica clínica, no siempre pueden realizarse" las pruebas reclamadas ahora por las interesadas, que deben llevarse a cabo en bipedestación y para las que son necesarios cambios posturales, debido a que estos "ya tienen una sintomatología muy molesta y desagradable" y "empeoran (...), sin poder hacer la exploración de manera correcta".

Explica igualmente que a la vista de los síntomas evidentes del paciente se procedió a suministrarle, además de analgesia, un tratamiento para el vértigo periférico que solo es efectivo en tales casos, y que, "dado que (...) mejoró con dicho tratamiento específico para el vértigo periférico y que presentaba características propias de este vértigo, sin encontrarse en la exploración neurológica ninguna focalidad que hiciera pensar en un origen central, coherentemente fue dado de alta con diagnóstico de vértigo de origen periférico, con tratamiento y con la recomendación de volver a Urgencias si empeoraba". Lo anterior se sustenta además con base en el hecho de que el paciente no cumplía en el momento del ingreso ninguno de los criterios de activación del llamado código ictus del Principado de Asturias, esto es, no presentaba un "déficit neurológico focal agudo" que se traduce en "pérdida de fuerza en un hemicuerpo. Asimetría facial. Dificultad para hablar".

Ninguno de los informes obrantes en el expediente desdibuja la situación expuesta en la propuesta de resolución, sin que en el trámite de audiencia las interesadas hayan incorporado un informe pericial que permita otra lectura de los datos aportados por los informes clínicos. Tampoco el informe emitido por la médica de Atención Primaria que deriva al paciente al hospital permite alcanzar otra convicción ni aporta datos que acrediten que había una sospecha de ictus que haya sido obviada en el ingreso hospitalario. La afirmación que formulan las reclamantes señalando que esta facultativa sospechaba del ictus no se ve reflejada en su informe, donde se explicita que fue "atendido en domicilio, en dicha fecha (...), con derivación a Urgencias del Hospital `X´. Como consta en

su historia clínica (...), refiere mareo, sensación de inestabilidad, vómitos y cefalea occipital desde hace 12 horas, no fiebre, ni disnea, no dolor torácico, ni ningún otro sx acompañante. COC, BEG; eupneico, afebril, TA: 160/85, DX: 187, SAT: 99 % FC: 78x, ACP: normal, abd: blando, depresible, no doloroso a la palpación peristalsis +, PPRB -, pulsos +, no signos de peritonismo, EEII: no edema, EN: imposibilidad para la deambulacion por mareo, leve nistagmus con mirada hacia la izda., resto normal. Hablado con SAMU, se deriva a Urg `X´. Con esta sintomatología la facultativa no consideró procedente la activación del código ictus ni el paciente ingresó en Urgencias con este probable diagnóstico. Al respecto, como hemos advertido en ocasiones anteriores, lo exigible al servicio público, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud.

En definitiva, a la vista de la documentación clínica obrante en el expediente puede concluirse que ha quedado acreditado que se llevó a cabo una exploración ajustada a los síntomas que en el momento en que se practica presentaba el paciente -y que se reflejan en el informe del Servicio de Urgencias del día 1 de marzo de 2019-, dando cumplimiento a los protocolos aplicables, y que arrojó como resultado un diagnóstico razonable, adecuado a la sintomatología que mostraba en el instante de su atención hospitalaria en el Servicio de Urgencias, reflejándose expresamente que "en la primera valoración del paciente la anamnesis y la exploración detallada no hacen sospechar una patología isquémica aguda", sin que ulteriores hallazgos o la posterior evolución de la dolencia permitan entender como hecho probado y con carácter retroactivo que cuando el paciente ingresa en Urgencias el ictus era detectable y el desenlace fatal evitable, no siendo admisible la calificación de la praxis asistencial con base en un juicio *ex post*.

En suma, en el caso que analizamos no se objetiva una infracción de la *lex artis* en el proceso asistencial, habiéndose dado cumplimiento a los protocolos aplicables, sin que pueda entenderse acreditado un error diagnóstico ligado a una pérdida de oportunidad terapéutica, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.